

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de Obstetricia



TESIS

**FACTORES PSICOSOCIALES PREDISONENTES
DE DEPRESIÓN PUERPERAL. HOSPITAL TITO VILLAR
CABEZA. BAMBAMARCA. 2016**

**PARA OBTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

**PRESENTADO POR EL BACHILLER:
HUAMÁN AGUILAR, CÉSAR EDUARDO**

ASESORA:

Dra. Obsta. JULIA ELIZABETH QUISPE OLIVA

CAJAMARCA – PERÚ. 2016

SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

**A mi Lucecita por llegar a mi vida y brindarme todo su amor;
a mis Padres y mi hermano por brindarme todo su amor y apoyo a lo largo de
mi vida, a mi familia por comprender y entender cada vez que no pude estar
con ellos en los diferentes momentos de nuestras vidas.**

El Autor

SE AGRADECE A:

A Dios por darme la vida y la dicha de haber logrado cada meta a lo largo de mi vida y cumplir con cada objetivo que me he trazado.

Con gratitud y respeto a mis Padres, quienes a través de su afecto y comprensión me han motivado a continuar mejorando en mi formación como persona y profesional; a mi Lucecita por brindarme todo su apoyo y compañía a lo largo de la elaboración del presente trabajo de investigación.

A la Universidad Nacional de Cajamarca, por haberme albergado en sus aulas universitarias durante mi formación académica.

A la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Obstetricia, en especial a los docentes que lo conforman; quienes a través de sus conocimientos, experiencias y consejos han logrado forjar en mi un profesional con vocación de servicio, especialmente en favor del binomio madre niño.

Al Hospital Tito Villar Cabeza de la ciudad de Bambamarca; porque en el perfeccionamiento de habilidades y destrezas durante mi internado y que servirán para mi desempeño profesional.

Al Departamento Materno Perinatal del Hospital Tito Villar Cabeza, por haberme brindado las facilidades y permitido realizar el presente trabajo de investigación.

A mis asesora Dra. Obsta. Julia Elizabeth Quispe Oliva y quién en todo momento me brindó su tiempo, orientación y apoyo incondicional para la elaboración de la presente investigación. Así mismo, mi gratitud eterna a la Ms. Cs. Gloria María Briones Álvarez.

ÍNDICE

| | Pg. |
|---|------------|
| DEDICATORIA..... | i |
| AGRADECIMIENTOS..... | ii |
| ÍNDICE..... | iv |
| LISTA DE ILUSTRACIONES | v |
| RESUMEN..... | vi |
| ABSTRACT..... | vii |
| | |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| | |
| CAPITULO I: EL PROBLEMA..... | 2 |
| 1.1 Planteamiento del problema..... | 2 |
| 1.2 Formulación del Problema..... | 4 |
| 1.3 Objetivos..... | 4 |
| 1.3.1 General..... | 4 |
| 1.3.2 Específicos..... | 4 |
| 1.4 Justificación | 5 |
| | |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | 7 |
| 2.1 Antecedentes del Estudio..... | 7 |
| 2.2 Bases Teóricas..... | 11 |
| 2.3 Hipótesis..... | 26 |
| 2.4 Variables..... | 27 |
| 2.4.1. Variables Dependientes..... | 27 |
| 2.4.2. Variable Independiente..... | 27 |
| 2.4.3. Operacionalización y Conceptualización de Variables..... | 28 |

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO..... | 29 |
| 3.1 Diseño y Tipo de Estudio..... | 29 |
| 3.2. Área de Estudio..... | 29 |
| 3.3 Muestra y muestreo..... | 30 |
| 3.4. Unidad de Análisis..... | 31 |
| 3.5. Criterios de inclusión y exclusión | 31 |
| 3.6. Técnicas de Recolección de Datos..... | 31 |
| 3.7. Descripción del instrumento..... | 31 |
| 3.8. Procesamiento y Análisis de Datos..... | 35 |
| 3.9. Control de calidad de datos..... | 35 |
| | |
| CAPITULO IV: ANÁLISIS Y DISCUCION DE LOS RESULTADOS..... | 36 |
| CONCLUSIONES..... | 61 |
| RECOMENDACIONES..... | 62 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 63 |
| ANEXOS | 67 |

LISTA DE ILUSTRACIONES

| | | |
|--------------|--|---------|
| I. | TABLA N° 1. Factores Sociales Predisponentes de Depresión En Puérperas Atendidas En El Hospital Tito Villar Cabeza - Bambamarca 2016... | Pág. 35 |
| II. | TABLA N° 2. Puérperas según diagnóstico de Depresión. Hospital Tito Villar Cabeza- Bambamarca 2016..... | Pág. 39 |
| III. | TABLA N° 3. Apoyo familiar de las puérperas atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza - Bambamarca 2016..... | Pág. 41 |
| IV. | TABLA N° 4. Apoyo social de las puérperas atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza - Bambamarca 2016..... | Pág. 43 |
| V. | TABLA N° 5. Nivel de autoestima de las puérperas atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza - Bambamarca 2016..... | Pág. 44 |
| VI. | TABLA N° 6. Disfunción familiar de las puérperas Atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza - Bambamarca 2016..... | Pág. 46 |
| VII. | TABLA N° 7. Antecedentes Obstétricos de las puérperas Atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza - Bambamarca 2016..... | Pág. 47 |
| VIII. | TABLA N° 8. Violencia familiar de las puérperas atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza - Bambamarca 2016..... | Pág. 48 |
| IX. | TABLA N° 9. Depresión en pacientes atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza según apoyo familiar - Bambamarca 2016..... | Pág. 50 |
| X. | TABLA N° 10. Depresión en pacientes atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza según apoyo social - Bambamarca 2016..... | Pág. 52 |
| XI. | TABLA N° 11. Depresión en pacientes atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza según nivel de autoestima - Bambamarca 2016..... | Pág. 54 |
| XII. | TABLA N° 12. Depresión en pacientes atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza según antecedentes previos negativos – Bambamarca 2016..... | Pág. 56 |
| XIII. | TABLA N° 13. Depresión en pacientes atendidas en Hospital Tito Villar Cabeza según tipo de familia - Bambamarca 2016..... | Pág. 57 |
| XIV. | TABLA N° 14. Depresión en pacientes atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza según violencia familiar - Bambamarca 2016..... | Pág. 59 |

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado Factores Psicosociales Predisponentes de Depresión Puerperal, corresponde a un estudio descriptivo, no experimental, transversal y correlacional, realizado en una muestra de 162 puérperas que fueron atendidas en el Hospital Tito Villar cabeza de la ciudad de Bambamarca, durante los meses de Enero a marzo del 2016.

El objetivo fue determinar la asociación entre la depresión y los factores predisponentes de las puérperas atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza de la ciudad de Bambamarca, durante el año 2016, para lo cual se utilizó como instrumentos un cuestionario estructurado y cinco tipos de test: “Escala de Vaux (Escala de apoyo familiar) Escala Adaptada de Paes y Cols. (Escala de apoyo social), Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, Test de Apgar Familiar y Test de Autoestima de Cooper Smith” a través de los cuales se recogieron datos correspondientes al estudio.

Los resultados obtenidos fueron: que el 57,41 % de puérperas presentó depresión.

Los principales factores predisponentes de Depresión Puerperal fueron el nivel de autoestima y la violencia familiar además de la ocupación de la puérpera, lugar de procedencia, paridad y el ingreso económico

Palabras Clave: Puerperio, depresión puerperal, factores psicosociales.

ABSTRACT

This research paper entitled "Psychosocial Factors Predisposing Depression Puerperal" corresponds to a descriptive study, no experimental, research design transverse and correlational cut, made on a sample of 162 postpartum women who were treated at the Tito Hospital Villar head of the city Bambamarca, during the months of January to March 2016.

The objective was to determine the association between depression and predisposing factors of postpartum women treated at the Hospital Tito Villar head Bambamarca city during the age 2016, for which it was used as a structured questionnaire instruments and five types of test: " Vaux Scale (Family Support Scale), Adapted from Paes Scale et al. (Scale of social support) Postpartum Depression Scale Edinburgh Family Test Test Apgar and Cooper Smith Self-esteem "through which data for the study were collected.

The results were: 57,41% of the women presented depression.

The main predisposing factors were significantly associated with depression were selfesteem and family violence.

Keywords: Postpartum, puerperal depression, psychosocial factors.

INTRODUCCIÓN

El puerperio es un periodo básicamente de recuperación física y psíquica después del parto. En esta etapa se inicia el complejo proceso de adaptación psicoemocional entre una madre y su recién nacido (1)

Se observa variadas y diferentes reacciones emocionales en toda mujer que ha tenido un niño, pues el puerperio es un acontecimiento que no puede vivirse en forma indiferente, dada la importancia del cambio personal, familiar, económico, laboral y psicológico, ya que los desajustes en esta etapa pueden desencadenar la aparición de cuadros estresantes por lo que se incrementa el riesgo de padecer enfermedades mentales como la depresión (15).

La depresión se presenta como un estado de tristeza acompañado de una disminución de las actividades intelectuales, físicas y sociales; siendo una de las complicaciones más prevalentes y graves del puerperio a la que no se le da la debida importancia, motivo por el cual se realizó el presente trabajo de investigación, con el objetivo principal de determinar y analizar la asociación entre la depresión y los factores psicosociales (10).

La incidencia de depresión en puérperas es del 57,41%, además se pudo determinar que existe predisposición significativa entre algunos factores psicosociales y la depresión como: la autoestima y la violencia familiar; además de la ocupación, lugar de procedencia, paridad e ingreso económico.

El informe final está constituido por IV capítulos:

El primer capítulo hace referencia al planteamiento del problema, formulación de los objetivos, justificación de la investigación.

El segundo capítulo, incluye antecedente, teoría sobre el tema, hipótesis y variables.

En el tercer capítulo se presenta la metodología utilizada.

En el cuarto capítulo se presenta la discusión y análisis de los resultados, conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

El Autor.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos depresivos que comprometen todos los sistemas del organismo, afecta a todas las edades, razas, géneros y momentos de la persona. Al comparar las prevalencias de depresión entre varones y mujeres, se evidencia que es más frecuente en mujeres (1).

Según la OMS (2012), en el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión, un trastorno mental que altera sus vidas. La depresión se caracteriza por una sensación persistente de tristeza que interfiere con las actividades laborales, escolares o domésticas del ser humano, la depresión se atribuye a los rápidos cambios psicosociales, al aumento de las enfermedades crónicas (cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicas y del colágeno, entre otras), y al excesivo consumo de drogas, tales como tranquilizantes, antihipertensivos y anticonceptivos (2).

En la actualidad representa un problema de salud pública y se presentan con mayor frecuencia en la población femenina y parece ser mayor durante el embarazo y el puerperio que en otras épocas del ciclo vital. En las embarazadas de bajos ingresos económicos. Los trastornos depresivos son una de las principales causas de discapacidad en el mundo, siendo la principal causa de discapacidad en personas que se encuentran entre los 15-44 años y se proyecta que para el año 2020 alcanzará el segundo lugar en todas las edades y géneros (2).

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo para desarrollar desórdenes del estado de ánimo. Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del ánimo durante el posparto. Algunas mujeres experimentan síntomas transitorios y leves. Sin embargo, entre 8 y 25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo, permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos (3).

Dentro de estos trastornos se encuentra la “Depresión Post Parto” (DPP), la cual afecta a todos los integrantes de la familia, pues además de la sintomatología presentada en la madre se asocia con fuerte discapacidad para llevar a cabo actividades de la vía diaria, que generan repercusiones sobre el cuidado del niño; en quienes se reportan casos de mal nutrición, falta de vacunación, tasas elevadas de patologías infecciosas relaciones madre-hijo inseguras, alteraciones del desarrollo psicomotor, problemas de conducta, problemas en la lactancia, mayor riesgo de violencia intrafamiliar, menor asistencia a controles de salud e inmunizaciones, ideación suicida, pensamientos de muerte en relación al niño, negligencia con el infante, abuso de drogas, etc. El resto de integrantes del círculo familiar también se ve afectado, primero: por el importante rol que cumple la madre al realizar las tareas del hogar y segundo por el aporte económico del que actualmente dependen la mayor parte de familias (41) (42).

Existen varios factores de riesgo cuya presencia en una gestante ha sido asociada con la DPP, si bien cualquier mujer puede desarrollar este trastorno: depresión o ansiedad durante el embarazo, eventos vitales estresantes durante el embarazo o el puerperio temprano, bajos niveles de apoyo social y una historia previa de depresión. El clínico debe estar alerta ante la presencia de alguno de estos factores durante los controles prenatales con el fin de poder hacer un seguimiento cercano a las mujeres en riesgo o dar un tratamiento oportuno a aquellas que ya presentan la enfermedad (52)(53).

Se han descrito múltiples factores asociados a la DPP, entre los que encontramos; antecedentes depresivos, escaso apoyo familiar o social, eventos estresores durante el embarazo o el posparto, situaciones que serán discutidas en la presente investigación así como otras (42).

En Cajamarca según un estudio realizado en puérperas atendidas en el Centro de Salud Magna Vallejo en el año 2012, se concluyó que la incidencia de depresión en puérperas es del 76,3% (4).

En la consulta diaria, las puérperas que acuden a su control reflejan externamente estados psíquicos que denotan tristeza, ansiedad o depresión, pero que no la expresan verbalmente, limitando su consulta al aspecto biológico como es el control de puerperio, a pesar de que éstas son más vulnerables a presentar crisis emocionales a consecuencia de la falta de apoyo emocional por parte de su pareja o

su familia o de ambos; sin embargo, el profesional de salud encargado de la salud de la mujer no puede dejar de considerar estos aspectos sino que por el contrario debe incidir en ellos con miras de disminuir su prevalencia, el recién nacido y la familia en general, representa la enfermedad mental, específicamente la depresión (5).

Es por ello que desde esta perspectiva y ante los limitados estudios sobre este tema en la ciudad de Bambamarca y, a la vez, en las pacientes atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza se realizó el presente estudio con el fin de determinar los factores psicosociales que influyen en la depresión puerperal en pacientes atendidas en el establecimiento antes mencionado.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los principales factores psicosociales que predisponen a la depresión en puérperas atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza – Bambamarca, en el año 2016?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Determinar los principales factores psicológicos y sociales que predisponen a la depresión en puérperas atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza Bambamarca, durante el 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar la incidencia de depresión en puérperas atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza.
- Identificar los diferentes factores sociales que predisponen a la depresión en puérperas.
- Identificar los diferentes factores psicológicos que predisponen a la depresión en puérperas.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El puerperio es un proceso de recuperación física y psíquica después del parto que involucra cambios biológicos y psicológicos, que en la mayoría de veces evolucionan favorablemente, pero que en ocasiones no siempre ocurre así, sino que por el contrario la mujer suele presentar episodios emocionales que pueden ir desde estados de tristeza, hasta una depresión severa dependiendo de múltiples factores tanto de orden social como psicológico.

La depresión es un trastorno mental serio que requiere de su reconocimiento precoz por parte del profesional de salud encargado de realizar sus controles y de un tratamiento oportuno, evitando situaciones que pueden ser catastróficas, dejando incluso en orfandad a un recién nacido con altas probabilidad de morir en los primeros años de vida y sentimientos de culpa en todos los familiares de su entorno.

Se ha demostrado que el resultado de que una madre sufra de Depresión Postparto no se circunscribe solamente a ella sino que afecta el desarrollo tanto físico como neuropsicológico del recién nacido y afecta la relación de pareja, por lo que se puede afirmar que la Depresión Postparto afecta a la familia y por ende a la sociedad.

Es por ello que se hace imprescindible realizar trabajos de investigación de esta naturaleza que permitan identificar los factores psicosociales que predisponen a la depresión puerperal para incidir en ellos, tomando medidas ya sea de protección o de tratamiento dependiendo del estado de depresión en que se encuentre la puérpera y disminuir sustancialmente los altos índices de depresión puerperal.

El presente estudio, representa en una primera aproximación un gran recurso de apoyo a la salud pública, con el propósito de que se tome disposición de los resultados y se elaboren estrategias que contribuyan a la prevención de la Depresión Postparto poniendo énfasis en los factores psicosociales que influyen en las puérperas atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza cuya condición económica es generalmente baja, ayudándose así a conocer e identificar síntomas propios de la depresión para evitar en ellas posibles recaídas las cuales tienen consecuencias letales en el binomio madre e hijo.

Desde esta perspectiva y ante los limitados estudios de investigación que existe en la región de Cajamarca en este tema, es que se realizó el presente trabajo a fin de determinar los principales factores psicosociales que predisponen la depresión puerperal, en pacientes atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza del distrito de Bambamarca, de esta manera poder beneficiar a la población de la Región Cajamarca.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. INTERNACIONALES

Santacruz F. y Serrano A. (Ecuador, 2015), realizó un estudio cuantitativo de prevalencia, analítico y transversal, con un universo de 248 madres cuyo parto fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga en Cuenca, en donde se empleó como instrumento un formulario con la “Escala de Depresión Posparto de Edimburgo” (EDPE) y preguntas orientadas a determinar factores de riesgo para Depresión Posparto (DPP) (43).

El estudio arrojó que existe una prevalencia de 34,3% de Depresión Posparto. Los factores de riesgo encontrados fueron: no encontrarse en edad reproductiva ideal, falta de apoyo familiar durante el embarazo y violencia intrafamiliar (43).

Carrillo Dávila. (México, 2013) estudió una muestra de 310 mujeres en etapa de puerperio mediano y tardío, encontrando los siguientes resultados: la frecuencia de Depresión Posparto en el total de las mujeres en etapa de puerperio encuestadas, fue del 25%. De las 77 mujeres con Depresión Posparto la frecuencia de edad fue de los 15 hasta los 42 años de edad. La frecuencia de Depresión Posparto encontrada se halla dentro del amplio rango de prevalencias halladas en diversos estudios. Las tasas varían entre un 10 y 15% en países europeos, entre un 8 y 16% en EEUU, en Asia (20 a 61%) y en Latinoamérica (35 a 50%) en Chile, Costa Rica y Colombia (44).

Zauderer D. y Davis M. (Brasil, 2012), han demostrado que la depresión post parto es la complicación más común en mujeres en dicho periodo. Adicionalmente, determinaron que aproximadamente 1 de 20 mujeres experimentan depresión mayor y que se puede experimentar hasta los 12 meses después del parto (45).

Paiz V. (Guatemala, 2012) en su estudio utilizó una muestra de 400 pacientes entre las edades de 15 a 40 años ingresadas en el servicio de maternidad para control del puerperio y utilizando como instrumentos: la Escala de Depresión posnatal de Edimburgo y una boleta de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados: el riesgo de depresión posparto en la población estudiada fue de 36%; la población con mayor riesgo de este desorden se encuentra comprendida entre las edades de 15 a 25 años; las pacientes que se encontraban en el puerperio del primer o segundo hijo presentaron un riesgo mayor (46).

García, M. (Madrid, 2010), en su estudio, encontró diagnóstico de depresión en el 7,8% y de trastorno adaptativo equivalente al 3,1%, sin diferencias entre las mujeres que viven en el medio urbano o rural, en cuanto a la necesidad de precisar ayuda psiquiátrica ya sea durante la gestación o el puerperio; tampoco encontró diferencias en la edad media de las gestantes según si padecían o no trastornos del ánimo. Además, evidenció que las mujeres más jóvenes (menos de 21 años) presentaron puntuaciones superiores a 10 en la “Escala para Despistaje de Edimburgo” con una frecuencia superior, por lo que precisaron consulta médica pero sin llegar a alcanzar la significación estadística. Entre las mujeres con edad inferior a los 21 años no encontró ningún caso con diagnóstico de depresión, pero el 6,6 % tuvo diagnóstico de trastorno adaptativo. Encontró que el 40% de las mujeres diagnosticadas de depresión no habían parido con anterioridad, el 25% tenían un hijo, el 30% dos y el 5% tres, entre las mujeres diagnosticadas de trastorno adaptativo el 62,5% parieron por primera vez y el 37,5% tenían un hijo, aunque las diferencias no alcanzan la significación estadística (39).

Urdaneta, J.; Rivera, A.; García, J.; Guerra M.; Babel N. y Contreras, A. (Venezuela, 2010), encontraron que la presencia de síntomas depresivos obtenidos por la aplicación de la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) evidenciaron que el síntoma disforia se presentó en el 9% de las pacientes, la ansiedad en el 74%, la ideación suicida solo se observó en el 8% de las puérperas evaluadas. Según el resultado de la EDPS aplicada a las puérperas, obtuvieron que en el 4% no hubo riesgo de depresión posparto (DPP); mientras que en el 5% y 91% presentaron riesgo límite de DPP y probable depresión, respectivamente. El 91% de las puérperas evaluadas fueron positivas para riesgo de DPP, sin embargo, al ser valoradas según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) solo fueron finalmente diagnosticadas con depresión el 22% de

las pacientes, el 95% expusieron haber sentido apoyo familiar, mientras que el 89% expresaron haber contado con el apoyo de su pareja, el 50% de los casos las pacientes tenían como procedencia un área rural mientras que el otro 50% eran de procedencia urbana; el tipo de vivienda que predominó fue la casa propia en el 83% de los casos y sólo un 25% de estas mujeres realizaban alguna actividad laboral. También fue evaluado el nivel educativo, lográndose establecer que el 33% de la muestra tenían un nivel educativo correspondiente a la educación primaria completa o menos, el 36% habían cursado la secundaria y sólo el 31% habían alcanzado un nivel técnico y/o universitario. Observaron que sólo el hecho de tener un nivel educativo primario o inferior aumentaba 7 veces el riesgo de presentar DPP, mientras que el haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria tenía un efecto protector (47).

2.1.2. NACIONALES:

Vásquez J. y Sangama M. (Tarapoto, 2012) en su estudio descriptivo correlacional de corte transversal, con enfoque cuantitativo, tuvo como objetivo determinar la relación entre las características socio demográficas y la depresión posparto en las puérperas que consultaron en la Clínica CORPOMEDIC Tarapoto (48).

La muestra estuvo representada por 30 puérperas que cumplieron con los criterios de inclusión. Para la recolección de la información se utilizó el test de preguntas cerradas estandarizadas; la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) (48).

Los hallazgos encontrados fueron: el mayor riesgo de depresión posparto en las puérperas fue 66,7%. El 73,3 % de jóvenes tuvieron entre 20 a 30 años de edad; 80% con unión estable; el 36,7% fueron amas de casa; el 50,0% primíparas; el 46,7% refirió tener un solo hijo; el 30,0% poseía estudios de secundaria completa; el 40,0% tuvo ingresos entre 100 a 500 nuevos soles (48).

No existió una asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y las Características Socio demográficas: Edad, Estado Civil, Ocupación, Paridad, Número de Hijos Vivos, Nivel Educativo y Nivel de Ingreso, pero se encontró una asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y el Tipo de Embarazo y asociación significativa entre Riesgo de Depresión Posparto y el Tipo de Parto, en puérperas de la clínica CORPOMEDIC Tarapoto (48).

Paima P. y Vásquez J. (Lima, 2011) fue un estudio observacional, transversal, la muestra estuvo constituido por 503 mujeres adolescentes postcesareadas que fueron atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, de las cuales 216 adolescentes tienen un riesgo de depresión postparto y 196 presentan una probable depresión. En el análisis se incluyó el promedio, desviación estándar, las frecuencias y la asociación entre el tipo de cesárea y la depresión postparto, se realizó mediante la Escala Edinburgh para la Depresión Postparto (49).

Se incluyó 503 adolescentes postcesareadas, cuyas edades fluctuaban entre los 15 y 19 años, 4% eran casadas, 47% convivientes y 49% solteras. 5% tenían un grado de instrucción Primaria, 89% Secundaria y 6% Superior. 97% presentaba una condición familiar dependiente, 3% era Independiente. La prevalencia de la depresión postparto en adolescentes postcesareadas de INMP fue del 39%. 54% fueron cesáreas no programadas, De las adolescente con “riesgo de depresión postparto”, el 62% fueron cesáreas no programadas y de las que tuvieron “probable depresión postparto”, el 54 % fueron no programadas. Existe asociación entre las cesáreas no programadas con el riesgo y/o probable depresión postparto en las adolescentes postcesareadas (49).

Toranzo, G. (Lima, 2009) en su estudio se encontró que el 47.55% tuvo un puntaje que indica depresión puerperal mayor que el 57.45% según la Prueba de Kolmogorov-Smirnov. Pero según el Test U de Mann Whitney, encontró que el nivel de depresión en el 41.59% fue menor al 63.64% de las primígestas y esta diferencia resulta estadísticamente significativa (50).

2.1.3. LOCALES

Tello C. (Cajamarca, 2015), en su estudio se realizó un estudio de diseño no experimental de corte transversal, de tipo descriptivo, cuyo objetivo principal fue determinar la relación entre la Violencia Basada en Género y Depresión Posparto en Puérperas que acuden al hospital Tomas Lafora, 2014 (5).

Se determinó que el 60.0% de puérperas viven en la zona rural, de estas el 36.0% sufren violencia psicológica, y el 40.0% de puérperas que viven en la zona urbana el 18.0% sufren de violencia psicológica, sus resultados reportaron un mayor riesgo de depresión postparto (67%) y 33% no tuvieron el riesgo de depresión durante el

puerperio, el 38.5% Probable Depresión 66.7% sufre la violencia basada en género (5).

Finalmente se encontró que la variable social, zona de residencia, influye significativamente la violencia basada en género y depresión post parto en el Hospital Tomás Lafora (5).

Colorado, J. y Peña, L. (Cajamarca, 2012) se realizó estudio descriptivo, diseño de investigación no experimental de corte transversal y correlacional, realizado en una muestra de 76 puérperas que acudieron a su control, al Centro de Salud Magna Vallejo, durante los meses de agosto a octubre del 2012 (4).

Los resultados obtenidos fueron: que el 76,3% de puérperas presentó algún grado de depresión, de estas el 57,9% presentó depresión leve y el 18,4% moderada (4).

Los principales factores predisponentes que se asociaron significativamente a la depresión fueron el nivel de autoestima y el apoyo familiar (4).

2.2. TEORÍAS

2.2.1. PUERPERIO

La duración del puerperio es imprecisa, pero la mayoría de los especialistas consideran un lapso de cuatro a seis semanas, definiéndolo en todo caso como el período que incluye las primeras semanas que siguen al parto. Aunque se trata de un período relativamente simple en comparación del embarazo, el puerperio se caracteriza por muchos cambios fisiológicos. Algunos de ellos puede representar sólo molestias menores para la nueva madre, pero es posible también que surjan complicaciones graves (6).

Durante este período se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional. Regresan paulatinamente todas las modificaciones gravídicas por un proceso de involución hasta casi restituir las a su estado previo al embarazo transcurrido. Sólo la glándula mamaria hace excepción a lo expresado, puesto que alcanza gran desarrollo para responder a la lactancia (7).

Etapas del Puerperio

a) Puerperio Inmediato: está comprendido las primeras 24 horas. Se considera la vigilancia estricta las 2 primeras horas por ser la etapa de mayor posibilidad de hemorragia post parto, que es la primera causa de muerte materna en el Perú (8). Está comprendido desde el inicio de esta etapa más o menos 2 horas después del parto o inmediato al alumbramiento hasta las primeras 24 horas post parto (7).

b) Puerperio Mediato: abarca los primeros 7 días, se puede considerar la posibilidad de infección puerperal. (8) momento en que actúan los mecanismos involutivos y comienza la lactancia (7).

En este periodo ocurre la máxima involución genital, mayor derrame loquial, instalación de secreción láctica, intensa poliuria con lactosa más albúmina, disminuye el peso corporal (mayor o igual a 2 kilos), excreción de agua extracelular (9).

c) Puerperio Tardío: este periodo abarca del día 8 hasta la sexta semana. Se extiende aproximadamente hasta los 42 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización. Para algunos autores el puerperio podría extenderse algún periodo de tiempo conocido como el puerperio tardío, es el periodo que comienza al finalizar el puerperio alejado o sea después de 42 días puede llegar hasta los 6 meses postparto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa. Evaluar la normalidad puerperal o la existencia de patologías que complican el puerperio, siendo los síndromes infecciosos y hemorrágicos los más frecuentes (9).

Durante los controles puerperales periódicos se prestará atención en descartar la posible aparición de patologías que complican el puerperio, siendo las infecciones y las hemorragias las más frecuentes. Se deberá descartar también otros síndromes entre ellos renales, endocrinos y neuropsíquicos (9).

Algunas púerperas pueden sentir cierto desamparo después del parto, dado que ahora la atención se concentra en el lactante en consecuencia, el puerperio puede ser un momento de intensa ansiedad para muchas mujeres (10).

2.2.2. Aspectos psicológicos durante el puerperio

El puerperio es un período básicamente de recuperación física y psíquica después del parto. En esta etapa se inicia el complejo proceso de adaptación psicoemocional entre la madre y su hijo (11).

Se observan diferentes y variadas reacciones emocionales en toda mujer que ha tenido un niño sano y normal. Las primeras emociones suelen ser de alivio, satisfacción y gratitud. Una segunda fuente de respuestas emocionales la constituye el encuentro madre-hijo. El momento de amamantarlo, acariciarlo, sostenerlo y protegerlo intensifican los lazos maternos. Es importante que el contacto se realice lo más tempranamente posible, ya que después del parto existe un período sensible en la madre de máxima receptividad y en el hijo uno de alerta, en los primeros minutos de vida. Sin embargo, algunas madres experimentan en estos momentos cierto rechazo, que es temporal y está determinado por sentimientos de incapacidad, angustia, depresión y cierta confusión ante este nuevo estado (11).

Los diez primeros días se caracterizan por ser de gran labilidad y vulnerabilidad emocional, gran sensibilidad y necesidad de afecto; fenómenos que son explicados por un aumento de la ansiedad asociada con las responsabilidades maternas; esto produce una baja del estado de ánimo y la madre es invadida por una sensación de vacío interno y de pena sin motivo. En estos días puede hacer crisis el nivel de sintomatología psicológica de postparto. De la euforia y alegría inicial, la madre pasa a la pena y tristeza, su estado mental se caracteriza por fatiga, confusión, incertidumbre, irritabilidad y angustia, son frecuentes los accesos de llanto, los sentimientos de minusvalía e incapacidad y la desvalorización de sí misma (11).

2.2.3. Trastornos durante el puerperio

Los desajustes pueden desencadenar la aparición de cuadros neuróticos o psicóticos de mayor a menor gravedad según la personalidad de base. Los pequeños trastornos psíquicos consisten en perversión del gusto, "antojos", irritabilidad entre otros.

Pero también es necesario tener en cuenta los factores bioquímicos. Se sabe que las hormonas inciden sobre el humor, y los cambios hormonales que se producen en el embarazo son grandes. Parece ser importante el nivel absoluto de hormonas pero

también el ritmo de cambio de los niveles hormonales. Los mayores niveles de estrógeno y progesterona antes del parto y una gran caída de estos niveles después del parto se pueden asociar con depresión puerperal (12).

Los trastornos psiquiátricos durante el puerperio son la distimia de la maternidad, la depresión posnatal y psicosis puerperal (11).

2.2.3.1. Distimia de la maternidad o Tristeza puerperal

Se refiere a los síntomas depresivos presentados en la primera y segunda semana después del parto. La distimia y la irritabilidad fluctúan constantemente y son síntomas más característicos para el diagnóstico si estos no persisten durante más de dos semanas (12).

Este trastorno se presenta en más de la mitad de todas las madres (entre el 30 a 50% de las púerperas sobre todo en las primíparas (2), lo cual cuestiona su clasificación como patología; sin embargo, el malestar significativo que producen amerita su evaluación médica (12).

Los síntomas se presentan en una secuencia predecible desde el primer día postparto; estos son: insomnio, fatiga, anorexia, disminución de la concentración y en ocasiones perplejidad y desorientación (12).

No debe confundirse con los estados depresivos, puede durar unas pocas horas, luego desaparecer y reaparecer nuevamente (7).

Los diagnósticos diferenciales son la depresión postnatal, esta es de iniciación más tardía y de mayor duración, la psicosis puerperal, la cual puede presentar síntomas prodrómicos similares (12).

El 80% de las mujeres presentan rechazo e irritabilidad hacia el recién nacido. La “falta de afecto” o rechazo, presente en el 40% de las madres hacia el recién nacido, se explica por el dolor intraparto, y no se relaciona a esta entidad (7).

La etiología se relaciona a niveles plasmáticos bajos de estrógenos, progestágenos y de esteroides; sin embargo, la teoría del cambio hormonal no es aceptada como la causa. El hallazgo de niveles de prolactina, actividad plaquetaria (monoaminoxidasa

- MAO) y triptófano elevados durante las dos últimas semanas del embarazo, se ha asociado a los síntomas depresivos (12).

2.2.3.2. Depresión postnatal

Los síntomas inician dos semanas después del parto, y se presentan tristeza, llanto, días de culpa y sentimiento de incapacidad del “cuidado” del recién nacido. Se observa labilidad afectiva, empeoramiento vespertino, irritabilidad, anorexia, fatiga, insomnio inicial y en ocasiones hipocondriasis y síntomas somáticos (12).

El trastorno se caracteriza por síntomas mixtos de depresión y ansiedad, los cuales se inician en el puerperio y persisten durante mínimo dos semanas (12).

Los diagnósticos diferenciales son la distimia de la maternidad, la psicosis puerperal y otros trastornos de tipo neurótico (12).

Su presentación es más frecuente después de los 30 años de edad y aproximadamente en el 15 % de las madres posparto (12).

No existe aún correlación etiológica de causas biológicas. Se asocia a ansiedad durante el embarazo, a madres con historia de relaciones conflictivas con sus padres durante la infancia, y eventos vitales y vulnerabilidad en la personalidad, al igual que ocurren en otros trastornos depresivos (12).

Es común que esta patología pase inadvertida para los familiares y los profesionales debido a las características propias de esta entidad (aislamiento) y por interpretársela como cambios del estilo de vida de la paciente por el nacimiento y el cuidado del bebé, siendo imprescindible su diagnóstico y derivación oportuna al especialista (7).

2.2.3.3. Psicosis Puerperal

Es el trastorno mental más grave que puede ocurrir durante el puerperio. (7) Es una enfermedad caracterizada por síntomas psicóticos de presentación inicial durante el postparto (12).

En la mayoría de pacientes los síntomas se inician en el tercer y décimo día postparto pero continúa hasta varios meses después (7).

Su incidencia se aproxima en 1-2 por 1000 partos. El riesgo es mayor en primíparas y es más frecuente después del parto por cesárea (12).

Los síntomas son de iniciación rápida y en pocos días el cuadro avanza hacia una psicosis con tendencia mixta esquizofreniforme y afectiva, con marcada situación de estos. Los síntomas depresivos predominan en la mitad de los casos, los síntomas maníacos un tercio de estos. Se presenta perplejidad en la mayoría, con escasa desorientación (12).

Según Toro & Yepes 1998, la etiología presenta factores genéticos y la predisposición a nuevos episodios psicóticos pasa a considerar un factor constitucional.

No existe situación etiológica hormonal en esta entidad, aunque se encuentran niveles elevados de tiroxina y prolactina, y niveles bajos de progesterona y hormona luteinizante (LH) (12).

Las más susceptibles parecerían ser las mujeres que tienen episodios de trastornos depresivos o esquizofrénicos previos y antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas. También las muy jóvenes y las primíparas se encuentran en estos grupos de riesgo. Se caracteriza por pérdida de contacto con la realidad, agitación, confusión, alucinaciones vividas, delirios paranoides y comportamiento violento. Muy excepcionalmente se ha descrito suicidio e infanticidio (12).

Por lo general la mejoría ocurre al tercer mes; después de iniciar el tratamiento. Existe el riesgo de recurrencia en un 30% de futuros embarazos, y si la paciente tiene enfermedad maniaco-depresiva, un 50% de posibilidades de presentar una nueva crisis durante el parto. Las posibilidades de presentar otro episodio psicótico, a largo plazo, fuera de la época del parto, son de un 40% (12).

2.3. DEPRESIÓN

La OMS define la salud como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad. En este contexto extensible a la depresión, la enfermedad debe entenderse como un proceso biológico que supone una alteración estructural o funcional, un proceso psicológico que conlleva sufrimiento y dolor y un proceso social que supone una invalidez (13).

Según la OMS (2012), en el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión, un trastorno mental que altera sus vidas. La depresión se caracteriza por una sensación persistente de tristeza que interfiere con las actividades laborales, escolares o domésticas del ser humano (14).

Los pacientes experimentan un número importante de reacciones emocionales antes y después de procedimientos médicos, que pueden ser de ansiedad (producida por un miedo al dolor o incertidumbre ante el futuro), o de depresión o problemas de adaptación (según las expectativas que tuviera cada individuo) o de rebeldía (frente a un destino no deseado). Lo más común es que se tenga miedo a lo desconocido, al dolor, a la posibilidad de tener una enfermedad incurable, a la destrucción del cuerpo o a la pérdida de autonomía o miedo a la muerte (15).

Dentro de los trastornos afectivos el trastorno mental más frecuente es el depresivo mayor que junto a los estados de angustia representan la más elevada prevalencia en la población general. La depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes, con una incidencia creciente (10).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión se atribuye a los rápidos cambios psicosociales, al aumento de las enfermedades crónicas (cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicas y del colágeno, entre otras), y al excesivo consumo de drogas, tales como tranquilizantes, antihipertensivos y anticonceptivos (16).

Los problemas emocionales durante el puerperio se conocen desde la antigüedad. La Sociedad Española de Medicina General (SEMG) define la depresión posparto (DP) como un trastorno transitorio que aparece entre dos y cuatro días después del parto y desaparece de forma espontánea y sin secuelas, en un período de dos semanas sin síntomas psicótico (16).

2.3.1. ASPECTOS CLINICOS

Desde el punto de vista clínico, para el diagnóstico primero es necesario reconocer la depresión como síndrome y luego como trastorno. Desde la primera perspectiva, es decir como síndrome, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) describe los criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor; y la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) del episodio depresivo, que son bastante familiares (17).

a) Criterios para episodio depresivo mayor (DSM-IV)

Por lo menos 5 de los siguientes síntomas, entre los cuales necesariamente tienen que estar 1 o 2:

1. Animo deprimido, tristeza melancolía.
 2. Pérdida de interés o de la capacidad de sentir placer.
 3. Trastorno del apetito.
 4. Insomnio o hipersomnio.
 5. Cansancio o fatiga.
 6. Sentimientos de inutilidad o culpa.
 7. Lentificación o inquietud motora.
 8. Dificultad para pensar, concentrarse o indecisión.
 9. Ideas, intentos o actos suicidas.
- La duración de los síntomas debe ser de por lo menos dos semanas.
- Deterioro de la actividad laboral, académica, familiar y social (17).

b) Criterios para episodio depresivo (CIE-10)

Síntomas típicos:

- Humor depresivo.
- Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas.
- Disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y al cansancio exagerado.

Otros síntomas:

- Disminución de la atención y concentración.
 - Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad.
 - Ideas de culpa y de ser inútil.
 - Perspectiva sombría del futuro.
 - Pensamientos de actos suicidas o de autoagresión.
 - Trastorno del sueño.
 - Pérdida del apetito.
- ✓ Su duración debe ser de al menos dos semanas.
 - ✓ Hay una reducción de la capacidad para desenvolverse adecuadamente en el trabajo, estudios y la vida social.

Como se observa con cualquiera de los sistemas diagnósticos de síntomas principales que pueden observarse en los estados depresivos son:

- Tristeza: la tristeza, melancolía o abatimiento es observada tanto en el rostro de quien se siente deprimida como por el llanto fácil.
- Alteraciones del pensamiento: baja autoestima, autoacusaciones, sentimientos de desesperanza, ideación suicida, hipocondría, futuro desolador.
- Disminución de la actividad física, psíquica y motora: en cuanto a la disminución motora se sienten cansados, fatigados y disminuyen su actividad. La física incluirá insomnio, pérdida del apetito, estreñimiento, dolores diversos, disminución de la libido o deseo sexual. En la parte psíquica se incluyen dificultades en la concentración y atención, pérdida generalizada del interés.
- Una vez que hemos reconocido la depresión como síndrome, el siguiente paso es hacer el diagnóstico de los trastornos depresivos, es decir en el nivel de enfermedad, en particular de los más importantes de trastorno mayor y trastorno distímico (17).

c) Criterios para trastorno depresivo mayor (DSM-IV)

Este término aparece por primera vez en un sistema de clasificación oficial con el DSM-III y ha tenido amplia aceptación.

Los criterios para su diagnóstico son los siguientes:

- Debe haber presentado uno o más episodios depresivos mayores.

- Nunca debe haber presentado un episodio de manía, hipomanía o mixta.
- Debe haberse descartado de que se trate de una esquizofrenia, un trastorno esquizoafectivo u otro trastorno psicótico.
- No se pueden diagnosticar dos tipos de trastorno depresivo mayor: episodio único (15% presentan un solo episodio), y episodios recurrentes, que es el más frecuente; también debe indicarse su gravedad y otras características clínicas tales como si es melancólica, atípica, estacional, crónica, etc. El curso de la depresión mayor es muy variable. La mayor parte de las personas que sufren un episodio depresivo acaban recuperándose en uno o dos años. Aproximadamente un 15% va a tener un curso crónico (más de dos años) (17).

d) Criterios para trastorno distímico (DSM-IV)

- Síntomas depresivos por lo menos durante dos años, entre los cuales necesariamente tiene que estar tristeza o pérdida de interés o placer; y al menos síntomas adicionales de depresión pero menos de un total de 5.
- Durante los dos años está deprimido la mayor parte de los días.
- Puede haber días en las que no está deprimido, pero estos periodos libres de enfermedad nunca deben ser mayores de dos meses.
- Los días en los que está deprimido está deprimido todo el día.

Hecho el diagnóstico de un trastorno depresivo, es importante tipificar su severidad, de acuerdo a las que las depresiones pueden dividirse en:

- Episodio depresivo leve
 - Al menos dos síntomas típicos.
 - Al menos dos del resto de síntomas.
 - La duración es de al menos dos semanas.
 - Alguna dificultad para llevar a cabo u actividad laboral y social.
- Episodio depresivo moderado.
 - Al menos dos síntomas típicos.
 - Al menos tres y preferible cuatro de los demás síntomas.
 - La duración es de al menos dos semanas.
 - Grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

- Episodio depresivo grave
 - Deben estar presente los tres síntomas típicos del episodio depresivo.
 - Por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave.
 - La duración debe ser de al menos dos semanas.
 - El enfermo no es capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.
 - Si se acompaña de síntomas psicóticos es suficiente para considerarlo grave.

Dado que la evolución de los trastornos depresivos es mayormente recurrente, es importante identificar los predictores de recurrencia:

- El número de episodios previos (mayor de 2): 50% después del primer episodio, 70% después de 2 episodios, y 90% después de 3 episodios o más.
- Cuando hay respuesta parcial al tratamiento.
- La duración mayor de los episodios.

Esto es importante tener en cuenta porque las recurrencias generalmente ocurren más pronto, son de más larga duración (en un tercio de pacientes, mayor de 2 años), son más severas, y son menos respondientes al tratamiento.

2.3. DEPRESIÓN PUERPERAL

Partiendo de la definición de puerperio que se limita a los primeros 42 días postparto, se habla de depresión puerperal para designar a cualquier episodio depresivo mayor que se manifieste durante la etapa del puerperio. En el presente estudio se analizarán los casos de depresión del puerperio mediato (18) .

La depresión postparto ha sido identificada desde el año 460 antes de cristo.

Sin embargo, a pesar de ser conocida hace tanto tiempo es recién en las últimas décadas que ha surgido interés por profundizar su estudio.

La incidencia de los trastornos mentales puerperales que cursan con depresión es 50 a 75% para la disforia posparto, que se presenta en casi todas las puérperas y dura entre 3 a 10 días; 10 a15% para la depresión puerperal; y 0,1 a 0,2% para la psicosis postparto, que es poco frecuente, no así la depresión (18).

Por otra parte, si una puérpera presentó una psicosis en un puerperio anterior, tiene entre 75 y 90% de presentar una depresión posparto en el nuevo puerperio; si es portadora de un trastorno bipolar, 50%; y si ha tenido episodios depresivos mayores previos, 25 a 50%. Por lo tanto, en pacientes que tienen estos antecedentes se justifica el tratamiento profiláctico (18).

Si bien Hipócrates en el siglo IV a.C hizo la primera descripción de enfermedades mentales asociadas al posparto, no fue hasta la cuarta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM- IV) el momento en que la psiquiatría actual le dio cabida a esta asociación del posparto y los cambios del ánimo (la depresión posparto no era reconocida oficialmente como una entidad propia en el ICE-10 ó en DSM-III-R). La importancia de diagnosticarla y tratarla de modo eficaz, así como las consecuencias devastadoras sobre la mujer, la familia y la sociedad cuando no se intervienen según la evidencia científica actual, ha favorecido su inclusión como trastorno del estado de ánimo en el DSM-IV (19).

En el curso del embarazo la depresión es menos frecuente que tras el parto pero el riesgo de sufrir un trastorno depresivo aumenta durante el primer trimestre y al final del embarazo, aproximadamente un mes antes del parto.

Los embarazos no deseados se asocian con el aumento de trastornos depresivos en la fase inicial del embarazo, pero se atribuyen a una salud mental previa deficiente de la madre. Sin embargo, el riesgo de suicidio durante el embarazo es muy bajo, la mitad del observado en la población general (20).

La experiencia del nacimiento de un hijo constituye un riesgo, no desdeñable, para la salud mental de las mujeres, con un incremento estimado de cinco veces en la aparición de enfermedad mental en el año siguiente al nacimiento del niño. El embarazo por sí no está asociado con riesgo incrementado de padecer depresión aunque el riesgo sí aumenta durante el periodo posparto. El riesgo es mayor en el primer mes posparto y está ligado al riesgo de psicosis y a la recaída de un trastorno bipolar previo (18).

La depresión puerperal es una de las complicaciones más prevalentes y graves del posparto y puede ser considerada como una respuesta psicológica y física compleja a las demandas de la vida diaria de muchas mujeres. Embarazo, parto y puerperio suponen una sobrecarga tanto física como emocional para la mujer. El embarazo es

un periodo especialmente crítico para la mujer por los cambios físicos, biológicos, fisiológicos y emocionales que conlleva. Igualmente el parto es un momento vulnerable que se ve complicado por cambios psicosociales y fisiológicos (21).

El factor de riesgo más significativo es una historia de trastornos del estado de ánimo, ya sea depresión o trastornos de angustia, incluidos episodios anteriores de trastorno del estado de ánimo posparto. Las mujeres con antecedentes de depresión tienen un riesgo hasta del 35% de depresión puerperal y las que han presentado un episodio de depresión puerperal con anterioridad tienen una probabilidad de un segundo episodio hasta del 70% (22).

La mujer con depresión pierde la capacidad de experimentar placer, regular su autoestima y de mantener un funcionamiento adaptativo eficaz y se siente inundada por diferentes emociones negativas como angustia patológica, ira inapropiada, culpabilidad inmotivada. El llanto es constante, los cambios de humor bruscos y la capacidad de reaccionar casi inexistente (22).

La fatiga en el día décimo cuarto, posparto es la variable más predictiva para los síntomas de depresión. Si una mujer que acaba de dar a luz presenta estos síntomas, es muy probable que esté sufriendo una depresión posparto.

Las manifestaciones clínicas son las de una depresión clásica (humor deprimido, letargo, bajada en la actividad, declive de intereses o hobbies, descenso de la espontaneidad, indiferencia, ataques de llantos, preocupación, fatiga, dificultades sociales, trastornos del apetito, sueño perturbado o excesivo, dificultades para concentrarse y recordar, descenso del interés sexual, susceptibilidad a la enfermedad, poca tolerancia a la frustración, sentimientos de desesperanza, abandono del cuidado personal, pensamientos de suicidio). Su duración media es de dos a seis meses aunque puede recurrir (un 30 – 41% de los casos recurre tras un siguiente embarazo) y/o cronificarse. Si no se trata dura entre 3 y 14 meses, puede resolverse espontáneamente o progresar con una depresión crónica (22).

La mayoría de las pacientes con depresión manifestarán una disminución del apetito, aunque también puede ocurrir lo contrario. Es frecuente la pérdida del impulso sexual oscilando desde la simple reducción del interés por la actividad sexual hasta la aversión absoluta (21).

La actividad queda cortada, disminuida en el trabajo, relaciones sociales, actividades de la vida ordinaria, rendimiento. Un porcentaje alto de pacientes deprimidas revelará conductas autoagresivas que oscilan desde el simple deseo de morir hasta las tentativas suicidas (21).

Los aspectos cognitivos de la depresión incluyen un curso lento del pensamiento, pensamientos obsesivos acerca de sucesos banales cotidianos o de problemas concretos (18).

Los trastornos somáticos que suelen acompañar a toda depresión cobran especial importancia para el médico no especialista en salud mental ya que estos síntomas son colocados a veces en el primer plano por el enfermo, enmascarando la depresión de fondo. Se pueden manifestar de cualquier forma clínica aunque predominaran los dolores (dolor pélvico crónico, dolor abdominal difuso), los trastornos gastrointestinales, las crisis vertiginosas y las molestias cardiorrespiratorias. Es notable la capacidad de las depresiones para ocultarse bajo la apariencia de otras enfermedades, lo que a menudo dificulta el diagnóstico. Se diagnostica como depresión posparto si los síntomas no se resuelven en dos semanas o si éstos empeoran. Pueden aparecer síntomas depresivos en los estados de ansiedad, en las esquizofrenias, en las fobias y en los distintos trastornos de la personalidad (23).

La obstetricia moderna ha conseguido minimizar las complicaciones físicas del parto mientras que las psicológicas permanecen con una frecuencia estable (24).

2.3.1. FACTORES PSICOSOCIALES

Son aquellas condiciones que se encuentran presentes en una determinada situación y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) de la puérpera (17).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los factores psicosociales consisten en la interacción entre, por una parte, a través de intuiciones y por otra, experiencias que pueden influir en la salud (17).

Los factores psicosociales se pueden distinguir con las vivencias tempranas del individuo, y los recientes entre los cuales están los desencadenantes, que son situaciones del medio ambiente que favorecen o precipitan el cuadro depresivo. En

general se relacionan con acontecimientos relativos a situaciones de pérdida, separaciones, migraciones, antecedente de síntomas depresivos o de depresión mayor durante el embarazo, relación conflictiva con el padre del niño, eventos vitales estresantes durante el embarazo, bajo nivel socioeconómico y problemas de salud frecuentes del niño. También es un factor de predisposición un condicionamiento paterno educativo y sufrir algún problema (económico, familiar, de salud) (17) .

Los individuos que reúnen criterios de pobreza tienen riesgo superior de tener nuevos episodios de enfermedad psiquiátrica.

Los factores de riesgo psicosociales que se describe para la depresión son:

- **Falta de apoyo familiar:** se considera como un factor psicosocial ya que existen algunos miembros de la familia que no asumen plenamente su función de soporte responsable hacia la puérpera por lo que crea en ella un estrés que conlleva a la depresión, este factor depende de las relaciones interpersonales familiares (26).
- **Falta de apoyo social:** este tipo de apoyo es importante para la puérpera porque facilita la integración a la sociedad y de su automanejo ante diversas situaciones que se pueden presentar y al no tenerla se ven afectadas sus relaciones sociales ya que promueven en las puérperas conductas adaptativas en situaciones de estrés. Así mismo, el contar con una amplia red social proporciona múltiples fuentes de información que pueden influir en las conductas de salud de la puérpera y hacer más eficiente la utilización de servicios de la salud (27).
- **Nivel de Autoestima baja:** este factor es importante ya que durante el puerperio se presentan diversos cambios tanto en lo psicológico, biológico así como en lo anatómico, creando un nuevo estado en el que debe adaptarse la puérpera, muchas veces no se llega a afrontar con satisfacción esta situación, llevando a la puérpera a presentar niveles de autoestima bajo los cuales según estudios están relacionados con episodios depresivos en el puerperio.
- **Disfunción familiar:** dentro de este contexto las alteraciones de cualquier índole que se den en la familia afectan el estado emocional de la puérpera llevándole en algunos casos a un estado depresivo, ya que no se llega a afrontar con éxito los cambios y tensiones de su entorno familiar (28).

- **Experiencias previas negativas:** las experiencias negativas que se presentan durante el embarazo, parto y/o puerperio implican antecedentes para que la puérpera pueda llegar a presentar depresión durante este periodo. En este rubro se considera los antecedentes Obstétricos previos que haya podido presentar la puérpera, ya sea en gestaciones anteriores o en la última gestación (ANEXO 08).

- **Violencia familiar:** es un gran problema de salud pública en todo el mundo, siendo las mujeres más vulnerables aquellas que no disfrutaban de la protección de su familia, pues la ausencia de familia perjudica económicamente a las mujeres (pobreza, indigencia), y corren más riesgo de ser víctimas de violación o de trata de seres humanos, conllevándola a la depresión y en muchos casos tienen como consecuencia los suicidios (28).

Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan solo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos de trastornos depresivos. En general, se suele recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 % en la población general, y para el trastorno depresivo mayor, una incidencia anual del 1 al 2 por mil. Según la OMS en el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión. La depresión postparto afecta entre 10 y 15 % de las mujeres después de dar a luz, aunque algunas madres tienen un mayor riesgo de padecerla (14).

2.3. HIPOTESIS:

Los factores psicosociales, predisponen a la depresión en puérperas atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca, durante el año 2016.

2.4. VARIABLES

2.4.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Depresión puerperal

2.4.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

Factores Psicológicos

- Autoestima
- Disfunción Familiar
- Experiencias Previas negativas
- Violencia Familiar
- Apoyo Familiar
- Apoyo social

Factores Sociales

- Edad
- Ocupación
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Paridad
- Zona de residencia
- Ingreso económico

2.4.3. Conceptualización y operacionalización de variables

| VARIABLE | SUBVARIABLE | INDICADORES | ESCALA DE MEDICIÓN |
|--|--------------------------|---|--------------------|
| Variable Dependiente <u>Depresión puerperal:</u> estado anormal del organismo que se manifiesta, a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y una pérdida de espontaneidad | | - Si (Mayor de 13) - No (Menor de 13) | Nominal |
| Variable Independiente n° 1 <u>Factores Psicológicos:</u> condiciones o sucesos que tienen capacidad para afectar al bienestar mental puerpera. | Apoyo familiar | - Bajo - Mediano - Alto | Ordinal |
| | Apoyo Social | - Bajo - Mediano - Alto | Ordinal |
| | Autoestima | - Bajo - Medio - Alto | Ordinal |
| | Disfunción familiar | - Familia Normofuncionante. - Disfunción Familiar Leve - Disfunción Familiar Grave | Nominal |
| | Antecedentes Obstétricos | - Si - No | Nominal |
| | Violencia familiar | - Si - No | Nominal |
| Variable Independiente n° 2 <u>Factores Sociales:</u> Condiciones del entorno que tienen capacidad para afectar al bienestar mental puerpera. | Edad | - 10 a 15 años - 26 a 30 años - 16 a 20 años - 31 o más años - 21 a 25 años | Razón |
| | Ocupación | - Ama de casa - Empleada del hogar - Trabajadora independiente - Trabajadora dependiente estatal - Trabajadora dependiente privada - Estudiante | Nominal |
| | Estado civil | - Soltera - Casada - Conviviente - Viuda - Divorciada | Nominal |
| | Grado de instrucción | - Sin instrucción - Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria incompleta - Superior incompleta - Superior completa | Ordinal |
| | Paridad | - Primípara - Multipara - Gran multipara | Ordinal |
| | Zona de residencia | - Urbana - Rural | Nominal |
| | Ingreso económico | - Sueldo mínimo Vital - < Sueldo mínimo Vital | Nominal |

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Diseño

La presente investigación corresponde a un diseño no experimental porque la obtención de la información fue tal como se presentan las variables en la realidad, sin ser manipuladas.

Tipo de estudio

El tipo de estudio es descriptivo, porque se estableció como se manifiesta en las variables en estudio determinado suceso con respecto a otro. De corte transversal porque no realiza un corte en el tiempo, prospectivo, debido a que el presente estudio los datos fueron recogidos paulatinamente día a día.

3.2. AREA DE ESTUDIO Y POBLACIÓN

El presente trabajo se llevó a cabo en el distrito de Bambamarca, perteneciente a la provincia de Hualgayoc; es la capital del distrito homónimo en la provincia de Hualgayoc, ubicada en el departamento de Cajamarca, Perú que según el censo de 2007, cuenta con 13.978 habitantes.

La economía se centra en la agricultura y la ganadería. Además, la ciudad de Bambamarca se ha convertido en el principal centro de acopio de los diferentes productos agrícolas y ganaderos producidos en la región, ya que se encuentra en medio de los diversos ejes viales de la provincia de Hualgayoc, su posición geográfica es de 6°40'46" de latitud Sur y 78°31'09" de longitud Oeste del Meridiano de Greenwich a 2532 metros sobre el nivel del mar.

El Hospital Tito Villar Cabeza se encuentra ubicado en el Departamento de Cajamarca, provincia de Hualgayoc, Distrito de Bambamarca con dirección en Av. Ricardo Palma (salida a Chota).

POBLACIÓN

La población estuvo constituida por todas las púerperas que fueron atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza, que según el registro interno del año 2015, del establecimiento de salud fue de:

$$N= 480$$

3.3. MUESTRA

La muestra se obtuvo teniendo en cuenta los criterios de inclusión, considerando el muestreo aleatorio simple.

TAMAÑO DE MUESTRA

Para el siguiente trabajo, se realizó el tipo de muestreo probabilístico, por lo que todas las unidades de análisis tienen las mismas probabilidades de ser elegidos, donde la muestra de la población estará constituida por púerperas, de las cuales se obtendrá la muestra.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 p * q}{d^2(N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

n: Tamaño de la muestra.

N: total de la población.

Z_{α} : 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p: proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q: 1-p (en este caso 1-0.05 = 0.95)

d: precisión (en su investigación use un 5%)

$$n = \frac{480 * (1.96)^2 (0.5) * (0.95)}{(0.05)^2 (480 - 1) + (1.96)^2 * (0.5) * (0.95)}$$

$$n = 162$$

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis en el presente estudio estuvo constituida por cada una de las puérperas que fueron atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca.

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Puérperas atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca.
- Puérperas que aceptaron colaborar con el presente estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Puérperas que no aceptaron colaborar con el presente estudio.

3.6. TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

En el presente estudio se usó la técnica de la encuesta y como instrumentos: el cuestionario de recolección de datos en donde se consignaron los datos sociodemográficos de las puérperas como: edad, ocupación, estado civil, grado de instrucción, paridad, convivencia, zona de residencia, ingreso económico; Además de las escalas de Vaux adoptada por Páez y Cols. el cual estima el soporte familiar subjetivo, y otra que busca obtener información de la dimensión objetiva de la integridad social, el Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS), el Test de Autoestima (Cooper Smith), el cuestionario de APGAR familiar

3.7. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento a utilizar es una encuesta estructurada, en función a los parámetros ya mencionados en la operacionalización de las variables, es decir que las puérperas brindaran sus respuestas en forma anónima.

El cuestionario consta de 6 secciones, medidos en ítems, con variable en la construcción de los enunciados.

1. Consentimiento informado, se solicita a la puérpera el consentimiento para proceder a la recolección de datos, brindándole toda la información referente al estudio, dándole las pautas y sobre todo aclarando toda duda además de responder a cada pregunta que realice la puérpera.

2. La ficha de recolección de datos (ANEXO 02) en donde se consignaron datos personales de la puérpera atendida en el Hospital Tito Villar Cabeza así como algunos factores que predisponen a la depresión puerperal.

3. Escala de Vaux adaptada por Páez y Cols. (1999) (ANEXO 03). Esta escala permite obtener una estimación del soporte o apoyo familiar, subjetivo o percibido por la puérpera en relación con su familia. Se constituye de 9 ítems, de los cuales 4 (ítems N° 2, 4, 6 y 8) apuntan a evaluar el apoyo social percibido en relación con la familia y los otros 5 ítems (ítems N° 1, 3, 5, 7, 9) evalúan el apoyo social percibido con relación con los amigos. Cada ítem tiene 4 categorías de respuesta, que va desde "Completamente en desacuerdo" a "Completamente de acuerdo". (22)

Esta escala delimita sus niveles de cuantificación utilizando una escala de cuatro puntos que va desde 1 (Completamente en desacuerdo) hasta 4 (Completamente de acuerdo), Para la corrección de esta escala, han de invertirse los valores del ítem 6 (1 por 4, 2 por 3, 3 por 2 y 4 por 1), procediéndose seguidamente a la suma de los valores alcanzados en el total de ítems. Altas puntuaciones corresponderían con un óptimo soporte subjetivo, mientras que bajas puntuaciones indicarían un sentimiento de apoyo deficiente.

4. Escala adaptada de Páez y Cols. (1986). (ANEXO 04) Esta escala busca obtener información acerca de la densidad de redes sociales de la puérpera, es decir, la dimensión objetiva de la integración social. Constituida por 6 ítems, cada ítem de 4 respuestas posibles y el puntaje de cada respuesta tiene puntajes diferenciados de acuerdo a la magnitud de esta. La puntuación total varía entre 0 y 35 puntos. La corrección consistirá en el sumatorio de los 6 ítems y la interpretación radicó en que una mayor puntuación correspondería a un mayor Soporte Social (amplitud e inserción en una red social de contactos).(11)

5. La escala de Depresión Postparto de Edimburgo (ANEXO 05) el cual consta de 10 preguntas, con cuatro opciones que son puntuadas de 0 a 3, de acuerdo con la presencia o intensidad de los síntomas: humor deprimido o disfórico, insomnio, pérdida del placer, disminución en el desempeño día a día, sentimientos de culpa e ideas de muerte y suicidio. Donde se evaluará si existe o no depresión postparto a través de esta escala, la cual tiene un puntaje de 0 a 3, por orden de jerarquía.

La puntuación de la escala contiene cuatro posibles alternativas de respuesta de acuerdo a la severidad de los síntomas durante la última semana, puntuados de 0 a 3.

- ✓ El rango total va de 0 a 30.
- ✓ Las preguntas 1, 2 y 4 se califican de 0, 1, 2 o 3, dándole la puntuación de 0 a la primera línea y la última línea 3.
- ✓ Las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, y 10 son calificadas al inverso, se califica de 0, 1, 2 o 3, dándole la puntuación de 3 a la primera línea y 0 a la última línea.

La puntuación máxima es de 30. Los autores proponen el punto de corte menor de 10 sin riesgo de depresión, 10 a 12 riesgo de depresión, pero el más utilizado en la actualidad mayor o igual a 13 es una probable depresión es el puntaje expuesto anteriormente.

Las madres que obtienen una puntuación más alta de 13 pudieran estar sufriendo una enfermedad depresiva severa variada. (28).

6. Test de Autoestima (Cooper Smith), (ANEXO 06) es una prueba diseñada para medir actitudes valorativas hacia SI MISMA, en las áreas individual, social y familiar de la experiencia de un sujeto. En la forma adultos se utiliza para sujetos mayores de 15 años y está compuesto por 25 ítems. Los ítems se deben responder de acuerdo a si la puérpera se identifica o no con cada afirmación en términos afirmativos o negativos, los ítems del inventario generan un puntaje total así como puntajes separados en tres áreas:

- I. Si mismo general (individual).
- II. Social- pares (social).
- III. Hogar (familiar).

Forma de calificación:

El inventario consta de 25 ítems distribuidas en tres áreas, 13 se refieren al área individual, 6 ítems se refieren al área social y 6 ítems al área familiar. Tiene 8 ítems con los cuales son: 1, 4, 5, 8, 9, 19, 20, dando valor de 1 a las respuestas afirmativas (SÍ) y 0 a las negativas (NO); y tiene 17 ítems inversos, en las cuales 1 corresponde a NO y 0 a SI, los cuales son: 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25. La calificación total de la prueba se obtiene de la suma de todos los ítems calificados. (29)

7. Cuestionario de APGAR Familiar. (ANEXO 07) Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar. Sus parámetros se delinearón sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar:

1. Adaptación
2. Participación
3. Ganancia o crecimiento
4. Afecto
5. Recursos

El Apgar Familiar (Family APGAR Questionnaire), consta de cinco ítems que recogen la percepción de disfunción familiar por la puérpera que contesta mediante cinco variables relacionadas con el funcionamiento familiar.

Mediante la categorización de 0 a 2 el sujeto da su percepción sobre cinco dimensiones del funcionamiento de su familia:

1. Estar satisfecho de la ayuda recibida por la familia.
2. Estar satisfecho con la forma en que la familia discute y comparto.
3. Creer que la familia acepta y apoya sus deseos.
4. Sentir que la familia la quiere.
5. Estar satisfecho con el tiempo que la familia y el encuestado pasan juntos.

Se estima que existe una “disfunción severa” en una familia cuando la suma total de la puntuación de las cinco variables puntúa entre 0 y 3 de disfunción leve es de 4 a 6, considerándose la percepción de la familia como funcional cuando la puntuación oscila entre 7 y 10. (30)

3.8. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Una vez recogida la información de las encuestas se procedió a la tabulación manual y así mismo el análisis correspondiente.

3.9. CONTROL DE CALIDAD DE DATOS

En el presente estudio se utilizó una serie de instrumentos (Test) de recolección de datos, los cuales tienen como finalidad poder determinar los factores en estudio y la predisposición en la depresión puerperal.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

TABLA 01. FACTORES SOCIALES PREDISPONENTES DE DEPRESIÓN EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TITO VILLAR CABEZA - BAMBAMARCA 2016.

| Características | N° | % | DEPRESIÓN | |
|---------------------------------|---------------------------------|-----|-----------|---------|
| Edad | 10 – 15 | 21 | 12,96 | 53,54 % |
| | 16 – 20 | 34 | 20,99 | |
| | 21 – 25 | 31 | 19,14 | |
| | 26 – 30 | 37 | 22,84 | |
| | 31 o más años | 39 | 24,07 | |
| Ocupación | Ama de casa | 83 | 51,24 | 45,78 % |
| | Empleada del hogar | 10 | 6,17 | |
| | Trabajadora independiente | 25 | 15,43 | |
| | Trabajadora dependiente estatal | 13 | 8,03 | |
| | Trabajadora dependiente privada | 17 | 10,49 | |
| | Estudiante | 14 | 8,64 | |
| Zona de Residencia | Urbana | 63 | 38,89 | 72,73 % |
| | Rural | 99 | 61,11 | |
| Estado Civil | Soltera | 24 | 14,82 | 38,16 % |
| | Casada | 36 | 22,23 | |
| | Conviviente | 76 | 46,91 | |
| | Viuda | 13 | 8,02 | |
| | Divorciada | 13 | 8,02 | |
| Grado de Instrucción | Sin instrucción | 21 | 12,96 | 44,16 % |
| | Primaria completa | 28 | 17,28 | |
| | Primaria incompleta | 29 | 17,9 | |
| | Secundaria completa | 34 | 20,99 | |
| | Secundaria incompleta | 23 | 14,2 | |
| | Superior técnico | 16 | 9,88 | |
| | Superior universitario | 11 | 6,79 | |
| Paridad | Primípara | 67 | 41,36 | 74,63 % |
| | Múltipara | 64 | 39,5 | |
| | Gran múltipara | 31 | 19,14 | |
| Ingreso económico | < de SMV | 109 | 67,28 | 73,39 % |
| | >SMV | 53 | 32,72 | |
| Régimen de tenencia de vivienda | Propia | 56 | 34,57 | 32,14 % |
| | Alquilada | 35 | 21,6 | |
| | Hipotecada | 16 | 9,88 | |
| | Familiar | 55 | 33,95 | |

Total de Puérperas:162

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Se puede observar en la presente tabla que el 24,07% de las puérperas atendidas en el Hospital Tito Villar Cabeza, pertenece al grupo etáreo de 31 o más años de edad.

La edad de la mujer cobra importancia en el sentido de las implicancias que tiene en el embarazo, considerando que si este se ubica en uno de los extremos de la vida reproductiva (inicio de la adolescencia o finales de la etapa reproductiva), suele considerarse como un factor de riesgo que compromete tanto la salud de la madre como la del niño por nacer. Edad que es considerada de riesgo ya que tienen mayor predisposición de sufrir complicaciones biológicas y probablemente también están propensas de sufrir trastornos emocionales como la depresión.

En la actualidad, alrededor de 10% de los embarazos se produce en mujeres mayores de 35 años de edad. Algunos estudios indican que después de esta edad, las mujeres tienen mayor riesgo de padecer complicaciones obstétricas y que las cifras de morbilidad y mortalidad perinatales también son mayores (1).

Respecto a la ocupación puede evidenciarse que el 51,24% son amas de casa, lo que muestra que aún en el presente siglo, a pesar de que se habla de enfoque de género, un gran porcentaje de mujeres en el Perú no trabajan obteniendo un salario remunerativo sino que se dedican a las actividades hogareñas y a cuidar de sus hijos dependiendo económicamente de su pareja.

Si se tiene en cuenta que el ser ama de casa muchas veces se constituye en una ocupación agotadora, no remunerada y poco reconocida, donde la mujer se siente poco valorada, discriminada y en algunos casos expuesta a la violencia, que puede provocar, sentimientos de frustración que pueden conllevar a estados de ánimo que pueden deteriorar su estado mental.

Un importante 15,43% de las puérperas encuestadas realizan algún tipo de trabajo, lo que les brinda cierta independencia económica, brindándoles así mayor satisfacción personal además de la posibilidad de una mejora en su desarrollo personal y familiar.

En cuanto a la zona de residencia se observa que el 61,11% de las puérperas reside en la zona rural y el 38,89% reside en la zona urbana.

En cuanto al estado civil puede notarse que el 46,91% de puérpera, en el presente estudio, son convivientes, condición que en la actualidad, en la mayoría de los casos es una especie de acuerdo consensuado de la pareja y que además luego de cierto tiempo este estado civil adquiere legalidad, según el art. 5 de la Constitución y según el art. 326 del Código Civil, hecho que le permite, a la mujer, gozar de cierta estabilidad tanto emocional como económica y social, casi tan igual que en el caso de una mujer casada; y es el estado civil de casado que muestra un 22,23 % y un 14,82% son solteras lo cual contribuye en el estado de ánimo de la puérpera.

Rodrigo Cifuentes B. en su libro "Obstetricia de alto Riesgo", precisamente afirma que en El Salvador, Guatemala, Perú, Honduras, Nicaragua y Panamá la unión consensual es la que predomina en estado civil (31).

Respecto al grado de instrucción se puede observar que, el 87,04% de las puérperas encuestadas cuentan con algún grado de instrucción. El grado de instrucción constituye un factor protector para la salud porque va a permitir que la mujer tenga un mayor grado de interés por su salud y además le permite asumir responsablemente estilos de vida saludables enfrentándose a menores riesgos que afecten su salud.

Con respecto a la paridad de las puérperas encuestadas, se puede observar que el 41,36% son primíparas, dato que cobra importancia por los sentimientos de ambivalencia que muchas de ellas pueden experimentar al enfrentarse a una circunstancia nueva y las características propias de este periodo de gran labilidad, vulnerabilidad emocional, gran sensibilidad y por el aumento de ansiedad que se asocian con las responsabilidades maternas que desconocen, lo cual produce en ella una disminución en el estado de ánimo a la vez que es invadida por una sensación de vacío interno y de pena sin motivo (6).

Un 19,14% de puérperas en el presente estudio son gran multíparas, hecho que pone en riesgo a la mujer a una sobrecarga física, emocional y económica, porque la llegada de un nuevo integrante a la familia implica un mayor desgaste físico, un incremento en la economía del hogar y una merma en la atención a los demás miembros de la familia (Hijos, esposo) ocasionando de alguna manera estados de ansiedad y frustración.

Con respecto al ingreso económico, se puede observar que el 67,28% de puérperas en el presente estudio cuenta con un ingreso menor de un salario mínimo vital, este dato refleja las condiciones de pobreza en que se desenvuelven la mayoría de familias, constituyéndose en un factor de riesgo para su estado de salud ya que a menor ingreso económico, menor capacidad adquisitiva de alimentos que propicien una buena nutrición requerida por una puérpera para suplir el desgaste energético que ha implicado tener un hijo y la lactancia materna que es muy importante para el recién nacido que requiere, al menos durante 06 meses, de lactancia exclusiva

En la presente tabla, el 21,6% de las puérperas encuestadas viven en viviendas alquiladas, ello sugiere un estado de permanente estrés no solamente por el gasto económico que implica sino por las condiciones mismas de hábitat ya que tienen que sujetarse a las normas establecidas por los propietarios y que en muchas ocasiones no son muy necesariamente las más adecuadas, hecho que se supera sobre manera en aquellas puérperas que viven en casa propias o de familiares; en el presente estudio el 21,1% viven en casa propia y el 31,6% viven en casa de familiares, lo cual a comparación de las que viven en casas alquiladas estos dos grupos de puérperas se encuentran en un entorno más tranquilo que las demás.

El presente estudio concuerda con Santacruz F. y Serrano A. (Ecuador, 2015), en el cual los factores de riesgo encontrados fueron: no encontrarse en edad reproductiva ideal.

Por el contrario Paiz V. (Guatemala, 2012) estudio en el cual la población con mayor riesgo de este desorden se encuentra comprendida entre las edades de 15 a 25 años; las pacientes que se encontraban en el puerperio del primer o segundo hijo presentaron un riesgo mayor (46).

García, M. (Madrid, 2010), en su estudio concluyó que las mujeres con edad inferior a los 21 años no encontró ningún caso con diagnóstico de depresión, pero el 6,6 % tuvo diagnóstico de trastorno adaptativo. Encontró que el 40% de las mujeres diagnosticadas de depresión no habían parido con anterioridad, el 25% tenían un hijo, el 30% dos y el 5% tres, entre las mujeres diagnosticadas de trastorno adaptativo el 62,5% parieron por primera vez y el 37,5% tenían un hijo (39). Lo cual tiene cierta semejanza en la paridad ya que la gran mayoría de puérperas no habían parido con anterioridad.

**TABLA 02. PUÉRPERAS SEGÚN DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN. HOSPITAL
TITO VILLAR CABEZA - BAMBAMARCA 2016.**

| Depresión | N° | % |
|----------------------|------------|------------|
| Sin depresión | 69 | 42,59 |
| Con Depresión | 93 | 57,41 |
| Total | 162 | 100 |

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Se puede apreciar en la presente tabla que el 57,41% de las puérperas encuestadas presentaron estadios de depresión puerperal o de riesgo de sufrirlo más adelante.

El embarazo, el parto y el puerperio constituyen otras tantas etapas críticas en la vida de la mujer, durante las cuales ésta experimenta notables cambios neuroendocrinos, psicosociales y existenciales. No es de extrañar, pues, que si hay una disposición previa al desorden mental, éste sobrevenga precisamente en razón de tales cambios, y, sobre todo, en forma de ansiedad y depresión (32).

El puerperio es un periodo básicamente de recuperación física y psíquica después del parto, en esta etapa se inicia el complejo proceso de adaptación psicoemocional entre la puérpera y su hijo, observándose diferentes y variadas reacciones emocionales en toda mujer que ha tenido un niño sano y normal. El momento de amamantarlo, acariciarlo, sostenerlo y protegerlo intensifican los lazos maternos. Sin embargo, algunas puérperas experimentan en estos momentos cierto rechazo, que es temporal y que está determinado por sentimientos de incapacidad, angustia, depresión y cierta confusión ante este nuevo estado. En estos días puede hacer crisis el nivel de sintomatología psicológica del parto; de la euforia y alegría inicial, la puérpera pasa a la pena y tristeza, su estado mental se caracteriza por fatiga, confusión, incertidumbre, irritabilidad y angustia, son frecuentes los accesos, los sentimientos de minusvalía e incapacidad y desvalorización de sí misma. En las mujeres maduras estos síntomas angustiosos y depresivos tienden a disminuir con lentitud (6).

El Instituto Nacional de Perinatología indica que este suceso afecta a la puérpera así como al resto de su familia y que implica cambios en su vida y de las personas que la rodean poniendo en juego la estabilidad emocional y su capacidad para adaptarse a tales demandas de cambio, lo que la conduce a experimentar una crisis de identidad, de otra parte otros autores mencionan que la depresión posparto puede tener efecto negativo sobre la forma en que la madre interactúa con su bebé y sobre el desarrollo cognitivo y emocional futuro de la criatura. Las puérperas deprimidas son menos sensibles a sus lactantes que las no deprimidas y, en general, sus interacciones con sus bebés son menos positivas. Las puérperas deprimidas tienen menores probabilidades de interpretar y responder al llanto de su lactante (33).

La depresión postparto de la madre también puede afectar al bebé en algunos aspectos y también en la lactancia. Algunos niños cuyas madres sufren este trastorno presentan un desarrollo psicomotor tardío, por ejemplo, empiezan más tarde a caminar; tienen alteraciones en el desarrollo emocional; dificultad para concentrarse en un objeto y muestran un menor interés por el contacto afectivo con los padres (34).

Los resultados obtenidos difieren con los encontrados por García, M. (Madrid, 2010), quien en su estudio “Trastornos del Estado de ánimo en el puerperio. Factores Psicosociales predisponentes”, encontró un diagnóstico de depresión equivalente al 7,8%, sin diferencias entre las mujeres que viven en medio urbanos y rurales en cuanto a la necesidad de precisar ayuda psiquiátrica ya sea durante la gestación o puerperio.

Cifras diferentes fueron reportadas también por Urdaneta, J. y Cols. (Venezuela, 2010) En su estudio titulado “Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo”, quienes encontraron que al ser valoradas según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) solo fueron diagnosticadas con depresión el 22% de las pacientes.

TABLA 03. APOYO FAMILIAR DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TITO VILLAR CABEZA - BAMBAMARCA 2016.

| Apoyo familiar | N° | % |
|-------------------------------|------------|------------|
| Bajo apoyo familiar | 8 | 4,94 |
| Mediano apoyo familiar | 38 | 23,46 |
| Alto apoyo familiar | 116 | 71,6 |
| Total | 162 | 100 |

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Puede evidenciarse en los datos que anteceden que el 71,6% de puérperas reciben un alto apoyo familiar, hecho que se constituye en un factor protector de riesgo de situaciones emocionales depresivas, fundamentalmente en las primíparas que son quienes mayormente necesitan el apoyo de la familia, en general, que es quien aporta el máximo apoyo, afectivo y emocional, ya que la maternidad, para ellas, se constituye en una experiencia nueva y requieren de enseñanzas múltiples en cuanto a cuidados personales durante el puerperio y cuidados al recién nacido y posteriormente sobre la alimentación del bebé que le van a permitir adoptar una actitud positiva para prevenir problemas de salud física y emocional.

Por otro lado, se observa en la presente tabla que el 4,94% de puérperas reciben un bajo apoyo familiar, esto es un factor de riesgo porque la puérpera se encuentra en un periodo de inestabilidad emocional, donde necesita ayuda tanto en las tareas domésticas como en el cuidado del niño y sus necesidades, pues en mayor o menor medida si la familia no proporciona estas ayudas necesarias, se sentirá abrumada llevándola a un cuadro de angustia, ansiedad, estrés, etc., los cuales afectaran su salud y la del niño, y en el caso de puérperas que trabajan llegan a estresarse a partir de los cambios en las rutinas del trabajo y del hogar, donde debe organizar su tiempo para atender la casa y cuidar al niño, hecho que al no contar con el apoyo familiar, enfrentan otras exigencias de tiempo, energía y conflictos laborales los cuales la conducirá a un

cuadro de estrés, afectando de esta manera el ambiente familiar y el estado mental de la puérpera.

En un estudio Santacruz F. y Serrano A. (Ecuador, 2015), el estudio arrojó que existe una prevalencia de 34,3% de Depresión Posparto. Los factores de riesgo encontrados fueron: no encontrarse en edad reproductiva ideal, falta de apoyo familiar durante el embarazo y violencia intrafamiliar (43). Lo cual difiere con el presente estudio, lo cual se muestra en la tabla N° 03.

Por el contrario Urdaneta, J.; Rivera, A.; García, J.; Guerra M.; Babel N. y Contreras, A. (Venezuela, 2010), encontraron que la presencia de síntomas depresivos obtenidos, el 95% expusieron haber sentido apoyo familiar lo que concuerda con el presente estudio.

Para concluir Colorado, J. y Peña, L. (Cajamarca, 2012), concluyeron que uno de los principales factores predisponentes que se asociaron significativamente a la depresión fueron el apoyo familiar.

**TABLA 04. APOYO SOCIAL DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
TITO VILLAR CABEZA - BAMBAMARCA 2016.**

| Apoyo social | N° | % |
|-----------------------------|------------|------------|
| Bajo apoyo social | 24 | 14,81 |
| Mediano apoyo social | 59 | 36,42 |
| Alto apoyo social | 79 | 48,77 |
| Total | 162 | 100 |

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Puede evidenciarse en los presentes datos que un alto porcentaje 48,77% de puérperas recibe alto apoyo social, el 36,42% recibe un mediano apoyo social; mientras que el 14,81% recibe bajo apoyo social de parte de amigos y compañeros de trabajo.

Estos datos permiten percibir la situación en la que las sociedades están viviendo actualmente sin involucramiento con su entorno, pensando solamente en sus propios problemas, ello mayormente porque que en la actualidad la mayoría de personas sean hombres o mujeres tienen que realizar algún tipo de actividad remunerativa que les permita sobrevivir en esta sociedad, pero a cambio sin tiempo para dedicar a sus familiares y en ese sentido, mucho menos a los amigos o vecinos.

La puérpera al tener un alto apoyo social como de la familia, los amigos y los compañeros de trabajo, tiene una gran ayuda en el cuidado del recién nacido, en las tareas del hogar, con algún apoyo material o económico y con quien compartir sus dudas, temores, sentimientos, que traen consigo el puerperio, y por ende la puérpera al contar con este apoyo se va a sentir más tranquila mejorando su bienestar personal y del recién nacido.

TABLA 05. NIVEL DE AUTOESTIMA DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TITO VILLAR CABEZA - BAMBAMARCA 2016.

| Nivel de autoestima | N | % |
|---------------------|------------|------------|
| Bajo | 65 | 40,12 |
| Medio | 73 | 45,07 |
| Alto | 24 | 14,81 |
| Total | 162 | 100 |

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla, respecto a la autoestima, se encontró en el presente estudio que el 14,81% de las puérperas encuestadas presentan un alto nivel de autoestima, el mismo que cobra importancia ya que se constituye en un factor que le va a permitir a la puérpera tomar actitudes proactivas frente a eventuales eventos negativos que puedan suscitarse en esta etapa en el ámbito familiar ya sea con su pareja, padres u otros familiares.

Branden (1998) en su obra titulada Los seis pilares de la autoestima, afirma que la autoestima alta significa confianza en el funcionamiento de la mente, en la capacidad para pensar y entender, para aprender, elegir y tomar decisiones; confianza en la capacidad para entender los hechos de la realidad que entran en el ámbito de los intereses y necesidades personales; en creer y tener confianza en sí mismo. Desde esta perspectiva aquella puérpera que tiene autoestima alta podrá ser capaz de manejar cualquier situación por difícil que sea (35).

Este hecho es un factor protector para la puérpera, ya que la estructura de su personalidad y el apoyo que recibe, le va a dar la capacidad de manejar las tensiones que se presentan en este periodo de vulnerabilidad y goce de una salud emocional equilibrada.

Sin embargo, el 40,12% de las puérperas encuestadas presentan un nivel bajo de autoestima, que contrariamente al caso anterior son mujeres que van a actuar con miedo, frecuentemente van a ser manipuladas por su pareja o por otros miembros de su entorno que tengan mayor o menor influencia sobre ella.

Branden (1998) sostiene que cuando la autoestima es baja, a menudo la persona es manipulada por el miedo, el miedo a la realidad, hacia la que se sienten inadecuados, el miedo a hechos acerca del ser mismo o de los demás que la persona misma ha negado, rechazado o reprimido. Miedo a que las pretensiones no se cumplan. Miedo a ser humillados después de fracasar y, algunas veces, a la responsabilidades del éxito. La persona está más pendiente de evitar el dolor que de experimentar la alegría (35).

Una mujer con autoestima baja, entonces, la puérpera corre el riesgo de deprimirse, lo cual deteriora su relación consigo misma, en lugar de sentir alegría por el hecho de haber tenido un bebé posiblemente, si las circunstancias son propicias, va a sentir tristeza y hasta culpabilidad. En lugar de gozar plenamente su maternidad va a sentirse frustrada o fracasada y no va a poder asumir responsablemente el rol materno que le compete.

TABLA 06. DISFUNCIÓN FAMILIAR DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TITO VILLAR CABEZA - BAMBAMARCA 2016.

| Tipo de familia | N° | % |
|----------------------------------|------------|------------|
| Familia Normofuncionante | 68 | 41,98 |
| Disfunción Familiar Leve | 60 | 37,04 |
| Disfunción Familiar Grave | 34 | 20,98 |
| Total | 162 | 100 |

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

En cuanto al tipo de familia, se observa en la presente tabla que 41,98% de las puérperas encuestadas pertenecen a una familia normofuncionante.

Es innegable la importancia que tiene la familia para la supervivencia del individuo. Las relaciones que se establecen dentro de los límites de una familia son íntimas, intensas y probablemente las que duran hasta el final de la vida del individuo, en tal sentido una mujer que pertenece a un tipo de familia normofuncional se sentirá más segura de sí misma, más confiada y segura de llevar a cabo una maternidad con éxito aunque sea la primera vez que esté experimentando esta situación, hecho que la alejará del peligro de sufrir una depresión.

Se sabe que el funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud de sus miembros, sobre todo la psicológica, al verse alterada se va a constituir en un factor de riesgo para la misma que puede conducir a conductas dañinas para la puérpera, como farmacodependencia, suicidio y otros (23). En el presente estudio el 58,02% de puérperas pertenecen a familias disfuncionales de algún grado, en quienes se pueden presentar, precisamente estas alteraciones mentales, por el mismo hecho de labilidad emocional que presenta la puérpera en esta etapa de la vida.

TABLA 07. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TITO VILLAR CABEZA - BAMBAMARCA 2016.

| Antecedentes Obstétricos | N | % |
|--------------------------|------------|------------|
| Si | 54 | 33,33 |
| No | 108 | 66,67 |
| Total | 162 | 100 |

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Los datos que anteceden muestran que el 66,67% de las puérperas encuestadas en el presente estudio, no presentaron ningún tipo de patología obstétrica previa, lo que sugiere mayor tranquilidad y menores estados de ansiedad y estrés al mismo tiempo que ayudan a la puérpera a mantener una maternidad en óptimas condiciones, hecho que beneficiará su estado de salud así como la del recién nacido e infante; sin embargo, el 33,33% si refirieron patología previa como antecedente, es muy probable que la gran mayoría hayan ocurrido en mujeres adolescentes, con niveles socioeconómicos bajos, que agravan la situación colocando a la mujer en un estado vulnerable para un resquebrajamiento de su salud mental, especialmente estados depresivos .

Por lo general, Los embarazos con riesgo influyen en los problemas propios y afectan la evolución emocional de la mujer, así incrementan los niveles de ansiedad durante este periodo (36).

Las puérperas experimentan un número importante de reacciones emocionales antes y después del parto, que pueden ser de ansiedad (producida por un miedo al dolor o incertidumbre al futuro), o de depresión, o de problemas de adaptación, o de rebeldía (frente a un destino no deseado). Lo más común es que tengan miedo a lo desconocido, al dolor, a la destrucción del cuerpo o a la pérdida de autonomía o miedo a la muerte (37). Estos acontecimientos, son promotores de cambios significativos en el curso de la vida de la puérpera, y al encontrarse ella en un estado vulnerable va a presentar una inestabilidad emocional con mayor posibilidad de presentar problemas mentales.

TABLA 08. VIOLENCIA FAMILIAR EN LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TITO VILLAR CABEZA - BAMBAMARCA 2016.

| Violencia Familiar | N° | % |
|--------------------|------------|------------|
| Si | 76 | 46,91 |
| No | 86 | 53,09 |
| Total | 162 | 100 |

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Los datos que anteceden muestran que el 46,91 % refieren haber experimentado algún tipo de violencia ya sea física, psicológica, económica o sexual, hecho que atenta en contra de la salud no solamente física sino también mental.

La violencia familiar, tiene lugar casi siempre en el hogar y “consiste en agresión física, abuso sexual, y abuso emocional, que incluye la degradación psicológica, la humillación verbal, la continua amenaza de abandono, la amenaza de agresión física, el chantaje económico y la reclusión en el hogar” (38).

Desde este punto de vista la violencia familiar, se convierte en un factor de riesgo para la salud de la puérpera, sobre todo la salud emocional, deteriorando su autoestima conllevándola en la mayoría de las veces a adquirir el Síndrome de la Mujer Maltratada, este síndrome se presenta cuando frente a los reiterados episodios de violencia y pensando de que la situación no se va a modificar, la mujer se calla, por temor a que se produzca una agresión aún mayor, hacia ella o hacia sus seres queridos, adoptando la mujer una actitud de normalidad frente al hecho de ser violentada e incluso empieza a tener sentimientos de culpa que se traducen en conductas agresivas en contra de otras personas fundamentalmente los hijos quienes van a adquirir pensamientos estereotipados basados en modelos de dominación y justificación de la violencia hacia el más débil justificando el derecho del hombre a controlar a la mujer.

La Organización Panamericana de la Salud afirma que la salud mental es un resultado de circunstancias favorables y un atributo necesario para desempeñar funciones, lograr fines, crear, compartir y disfrutar de la vida, ello será posible en la medida que la mujer esté libre de violencia de cualquier naturaleza, como sería el caso del 53,09% de mujeres del presente estudio que refieren no haber experimentado ningún a acto de violencia.

En el estudio de Tello C. (Cajamarca, 2015), su estudio titulado Violencia Basada en Género y Depresión Posparto en Púerperas que acuden al hospital Tomas Lafora, 2014 (5). Se determinó que el 60.0% de púerperas viven en la zona rural, de estas el 36.0% sufren violencia psicológica, y el 40.0% de púerperas que viven en la zona urbana el 18.0% sufren de violencia psicológica, lo cual se asemeja al presente estudio, teniendo en cuenta que siempre existirá un porcentaje de púerperas que prefieren callar o mentir al momento que se le interroga si ha sufrido de Violencia Familiar.

TABLA 09. DEPRESIÓN EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TITO VILLAR CABEZA SEGÚN APOYO FAMILIAR – BAMBAMARCA 2016.

| Apoyo familiar | Depresión | | | | Total | |
|------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|------------|------------|
| | Sin Depresión | | Con Depresión | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| Bajo apoyo familiar | 0 | 0 | 8 | 100 | 8 | 4,94 |
| Mediano apoyo familiar | 22 | 57,89 | 16 | 42,11 | 38 | 23,46 |
| Alto apoyo familiar | 47 | 40,52 | 69 | 59,48 | 116 | 71,6 |
| Total | 69 | 42,59 | 93 | 57,41 | 162 | 100 |

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se puede evidenciar que del total de púerperas de la muestra el 42,59% no presenta depresión.

Precisamente, se ha encontrado que la confianza en el esposo y su apoyo están relacionados con una más baja incidencia de depresión postparto. El embarazo, puerperio, nacimiento y cuidado del neonato requiere siempre de apoyo, por mucho que todo esto se dé en el mejor de los ambientes. Algunos estudios muestran que el apoyo recibido de los miembros de la familia, del padre del bebé y amigos durante el embarazo, está relacionado con la escala de APGAR del recién nacido (39).

La familia al ser el primer espacio humano donde se desenvuelve la púerpera y con la cual establece vínculos más estrechos, y cuya función fundamental es generar el apoyo necesario para ella, se constituye en el principal soporte afectivo para ella quien a su vez podrá constituirse en el pilar fundamental de su hogar y podrá brindar los cuidados necesarios a su recién nacido y demás hijos si lo hubieren.

El 4,94 % de púerperas refieren bajo apoyo familiar, de ellas el 100% presenta depresión, trayendo repercusiones en la atención del recién nacido. Santos afirma que

el abandono de la mujer a sus sufrimientos y la falta de apoyo psicológico en esos momentos, tiene indudables repercusiones sobre la capacidad de atender y ocuparse de su bebé, de desarrollar sus funciones maternas (19).

Sin embargo, en muchas ocasiones no se suele dar la importancia que merece tal situación, ni siquiera por ella misma, quien al ver que sus síntomas, aparecen en forma insidiosa y frecuentemente suele atribuirlos a las consecuencias del cansancio, falta de sueño, cambio de vida, etc. Peor aún si escucha frases como: “Eso ya se te pasará” o “Tómate unas vitaminas”, frases que pretendiendo animar a la madre depresiva, la van conformando con su pena y empeoran su cuadro depresivo (19).

TABLA 10. DEPRESIÓN EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TITO VILLAR CABEZA SEGÚN APOYO SOCIAL – BAMBAMARCA 2016.

| Apoyo Social | Depresión | | | | Total | |
|----------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|------------|------------|
| | Sin Depresión | | Con Depresión | | N° | % |
| | N° | % | N | % | | |
| Bajo Apoyo Social | 9 | 37,5 | 15 | 62,5 | 24 | 14,81 |
| Mediano Apoyo Social | 21 | 35,59 | 38 | 64,41 | 59 | 36,42 |
| Alto Apoyo Social | 39 | 49,37 | 40 | 50,63 | 79 | 48,77 |
| Total | 69 | 42,59 | 93 | 57,41 | 162 | 100 |

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

En los datos que anteceden, se puede evidenciar que el apoyo social se constituye en un factor protector de riesgo para la depresión, pues el 14,81% de púerperas presenta bajo apoyo social de las cuales el 37,5 % no presenta signos de depresión o que tengan tendencia a la depresión en el futuro y que el 62,5% son púerperas que tienen bajo apoyo social y además se encuentran con depresión; por otra parte de las pacientes que refirieron alto apoyo social, el 50,63% presenta depresión y en menor cantidad un 49,37% no presenta depresión; llegando a la conclusión, que si bien es cierto no es algo determinante pero si ayuda emocionalmente el tipo de apoyo que pueda recibir una mujer en esta etapa de su vida; Moss, destaca las ventajas de la pertenencia al grupo, lo cual proporciona un apoyo social al individuo.

Los sentimientos subjetivos de pertenencia y de ser aceptado y necesario se han demostrado como relevantes en muchos casos para el desarrollo de la sensación de bienestar y para aliviar los síntomas de tensión. Así demuestra Moss cómo el apoyo social prestado por familias y grupos ayuda a reducir los efectos potencialmente dañinos del estrés sobre el cuerpo y la mente (40).

También puede notarse que el 33,3% de puérperas que reciben bajo apoyo social no presentan ningún nivel de depresión, ello puede deberse a la presencia de otros factores de apoyo emocional que pueden tener por parte de su pareja u otros miembros de su familia e inclusive por el nivel de autoestima que presenten.

TABLA 11. DEPRESIÓN EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TITO VILLAR CABEZA SEGÚN NIVEL DE AUTOESTIMA – BAMBAMARCA 2016.

| Autoestima | Depresión | | | | Total | |
|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|------------|------------|
| | Sin Depresión | | Con Depresión | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| Bajo | 27 | 41,54 | 38 | 58,46 | 65 | 40,12 |
| Medio | 34 | 46,58 | 39 | 53,42 | 73 | 45,07 |
| Alto | 8 | 33,33 | 16 | 66,67 | 24 | 14,81 |
| Total | 69 | 42,59 | 93 | 57,41 | 162 | 100 |

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Se puede evidenciar en la presente tabla que del 45,07% de puérperas que tienen nivel medio de autoestima, el mayor porcentaje 53,42% presentan depresión leve.

La autoestima es un factor relevante en el desarrollo de aspectos de personalidad, aceptación social y emocional, influyen sobre aspectos importantes de la vida tales como la aceptación de otros, relaciones interpersonales, adaptación y situaciones nuevas; sin embargo, existe situaciones como el puerperio, etapa de gran vulnerabilidad, el cual en muchos casos provoca serios problemas como frustración, sentimientos de culpa, inseguridad, temor, etc., lo que genera que las puérperas que presentan un nivel medio de autoestima, decaigan anímicamente pudiendo llegar a estados depresivos como es el caso en el presente estudio.

Del 40,12%, de puérperas con autoestima baja el 58,46% presentaron depresión, ello es comprensible ya que el nivel de autoestima influye en diferentes ámbitos de la vida del ser humano, sobre todo en la esfera emocional causando deterioro de sus funciones mentales, y que va a condicionar a su vez una disminución del nivel de autoestima, generándose un círculo vicioso. Un estudio, descubrió que las personas deprimidas

tienen un pobre concepto de sí mismas, se autocritican, se sienten desgraciadas, exageran sus problemas y cobijan ideas de suicidio.

Del 14,81% de puérperas con nivel de autoestima alto, el 33,33 % no presentó ningún grado de depresión lo que sugiere que a mayor nivel de autoestima, el grado de depresión es menor.

TABLA 12. DEPRESIÓN EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TITO VILLAR CABEZA SEGÚN ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS – BAMBAMARCA 2016.

| Antecedentes Obstétricos | Depresión | | | | Total | |
|-----------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|------------|------------|
| | Sin depresión | | Con Depresión | | N° | % |
| | N° | % | N° | % | | |
| SI | 31 | 57,41 | 23 | 42,59 | 54 | 33,33 |
| NO | 38 | 35,19 | 70 | 64,81 | 108 | 66,67 |
| Total | 69 | 42,59 | 93 | 57,41 | 162 | 100 |

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se puede evidenciar que el 64,81%, de puérperas, presentaron tendencia a la depresión o ya se encuentran en estado de depresión, aún sin presentar antecedentes previos negativos, algo que suele ser casi natural en las puérperas. Al respecto Rondón (2005), afirma que todas las mujeres puérperas atraviesan por los mismos cambios hormonales masivos, y están sujetas, poco más o menos, a similares demandas de adaptación por el cambio de roles es así que ellas presentan un estado depresivo durante el puerperio poniendo en riesgo su salud y la de su recién nacido por las consecuencias que esta trae (12).

Además, la mujer al final del tercer trimestre del embarazo presenta niveles elevados de ansiedad, por la cercanía al parto y que psicológicamente no lo trata de aminorar sino por el contrario tiende a aumentar su preocupación, convirtiéndose en una de las primeras candidatas a vivir la experiencia del parto como una situación difícil conllevándola a una depresión puerperal.

A la vez podemos observar que del 33,33% de las puérperas que presentaron un antecedente obstétrico previo, el 57,41% no presenta depresión.

TABLA 13. DEPRESIÓN EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TITO VILLAR CABEZA SEGÚN TIPO DE FAMILIA – BAMBAMARCA 2016.

| Tipo de familia | Depresión | | | | Total | |
|---------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|------------|------------|
| | Sin Depresión | | Con Depresión | | N° | % |
| | N° | % | N | % | | |
| Familia Normofuncionante | 25 | 36,76 | 43 | 63,24 | 68 | 41,98 |
| Disfunción familiar Leve | 22 | 36,67 | 38 | 63,33 | 60 | 37,04 |
| Disfunción familiar Grave | 22 | 64,71 | 12 | 35,29 | 34 | 20,98 |
| Total | 69 | 42,59 | 93 | 57,41 | 162 | 100 |

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

Los datos que anteceden muestran que del 41,98 % de puérperas que pertenecen a familias Normofuncionante, el 36,76 % no presentan depresión, pues el hecho de que ellas pertenezcan a una familia normalmente conformada, se constituye en un factor protector de riesgo a situaciones de ansiedad, estrés y depresión, en especial si la puérpera es primípara, pues la familia tal como lo señala Cockerham, es el primer grupo social de importancia para la persona y normalmente la principal fuente de valores sociales y de fortaleza psicológica.

Del 20,98 % de puérperas que pertenecen a familias con disfunción grave, el 35,29 % presentó depresión o tendencia a la depresión.

Al respecto, Cockerham afirma que la calidad de la relación con la pareja parece algo especialmente importante para mantener un nivel positivo de salud mental (40), pues las perturbaciones o situaciones estresantes que comprometen el sistema familiar puede producir un desequilibrio, ya sea en los planos físicos o emocionales de la puérpera haciendo que los conflictos comiencen a acentuarse llegando a minimizar su

rol principal de protección para convertirse en un factor de riesgo para ella y desencadenando problemas en su salud mental.

Suarez afirma que el funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud y la de sus miembros, sobre todo la psicológica, ya que al verse alterada constituye un factor de riesgo para la puérpera conduciéndola a conductas dañinas, como farmacodependencia, suicidio y otros (23).

TABLA 14. DEPRESIÓN EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TITO VILLAR CABEZA SEGÚN VIOLENCIA FAMILIAR – BAMBAMARCA 2016.

| Violencia Familiar | Depresión | | | | Total | |
|--------------------|---------------|-------|---------------|-------|-------|-------|
| | Sin Depresión | | Con Depresión | | N | % |
| | N | % | N | % | | |
| SI | 19 | 25 | 57 | 75 | 76 | 46,91 |
| NO | 50 | 58,14 | 36 | 41,86 | 86 | 53,09 |
| Total | 69 | 42,59 | 93 | 57,41 | 162 | 100 |

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se puede apreciar que el 46,91% de puérperas aceptan sufrir algún acto de violencia familiar, en su mayoría por parte de sus parejas, de ellas en el 25% no se evidencia ningún grado de depresión, porque para algunas mujeres la respuesta violenta ante los conflictos es algo natural, normal e incluso como la única manera viable de hacer frente a los problemas y disputas que tienen que enfrentar diariamente.

Sin embargo, el 75% presenta depresión y el 25% no presenta depresión, echo que significa, que la violencia, independientemente de que tipo de violencia se trate, las afecta de manera significativa, deteriorando su autoestima.

El 53,09% de mujeres manifiesta no ser víctimas de violencia, sin embargo, el 41,86% presenta algún grado de depresión lo que permite pensar que pueden ser victimizadas de alguna forma, pero no son capaces de admitirlo, más aún si se trata de violencia sexual como suele suceder en algunas oportunidades.

CONCLUSIONES

Luego de haber realizado el presente trabajo de investigación se llegó a las conclusiones siguientes.

1. La incidencia de depresión en puérperas es del 57,41%.
2. Los factores sociales que predisponen a la Depresión Puerperal son la ocupación de la puérpera, lugar de procedencia, la paridad y el ingreso económico.
3. Los factores psicológicos que predisponen a la Depresión Puerperal son la autoestima y la violencia familiar.

RECOMENDACIONES

Luego de haber concluido el presente trabajo de investigación se sugiere:

1. A los profesionales de salud encargados de la atención de la puérpera, brindar la confianza adecuada para una atención tanto biológica como psicológica, sensibilizándola para que exprese sus molestias y así se pueda evidenciar síntomas depresivos para el diagnóstico y tratamiento adecuado.
2. A los futuros profesionales de obstetricia preocuparse por obtener los conocimientos adecuados acerca de la identificación de enfermedades mentales, principalmente, la depresión, para brindar atención integral a la puérpera.
3. A los futuros tesisistas desarrollen investigaciones en temas similares y lograr nuevos y mayores conocimientos acerca de estas patologías.
4. Al servicio de Materno Perinatal del Hospital Tito Villar Cabeza, coordinar con el área de psicología para poder tomar medidas ante la depresión que está presente en las puérperas atendidas en dicho nosocomio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarado C. et al. Prevalencia de depresión postnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Grac Med Mex* Vol.146 N°.1, 2010.
2. Chridtopher, Allison, Julie A. (2007) *Merís Violence Against Womwn: Theory Research , and Activism*. Routledge. Pg. 278.
3. Morales, J. (2008). Depresión la principal causa. *Revista de Salud Mental , LIV* (4). *Wental Health: depression*. Geneva, CH. 12-33 p.
4. Colorado J y Peña Y. (Cajamarca - 2012). Tesis “factores Predisponentes de la Depresión Puerperal. Centro de Salud Magna Vallejo Cajamarca. 2012”
5. Tello C. (Cajamarca - 2015). Tesis “Violencia basada en género y Depresión Postparto. Hospital Tomas Lafora. Guadalupe, 2014”. Cajamarca 2015.
6. Cunningham, F., & COLS. (2009). *Williams Ginecologia* (1° ed.). Mc Graw Hill.
7. Schwarcz, R., & cols. (2009). *Obstetricia* (6 Edición ed.). El Ateneo.
8. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud, 2004. Atención integral de salud, normas/sexualidad/reproducción/planificación familiar.
9. Rodríguez, David. Universidad de Cartagena, facultad de medicina. Puerperio normal y patológico. *Puerperio Normal* página 35-40. Cartagena 13 de mayo del 2010.
10. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003), violencia contra la mujer.
11. Pérez, A. (1999). *Obstetricia* (3° edición ed.). Mediterráneo.
12. Toro, R., & Yepes, L. (1998). *Fundamentos de Medicina: Psiquiatría* (3° edición ed.). Colombia: CIB
13. López I. (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *Anales de Medicina Interna*, 24 (5)
14. Aramburú P, Arellano R; Jáuregui S, Parí L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión postparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. *Rev per Epidemiology* 2008.

15. Asociación Panamericana de Psiquiatría. (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Cuarta edición ed.). Masson S.A.
16. Fernández V, Iturriza N, Toro M, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo, 2014. Reviste de obstetricia y Ginecología Venezuela .Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández", Caracas.
17. Órgano oficial del Colegio Médico del Perú. (2005). Trastornos depresivos del embarazo y el puerperio. (e. m. especializados, Ed.) Acta Médica Peruana , XXII (1), 15-18.
18. Cox, J., & cols. (Julio de 1993). Plubmed.com. A controlled study of the onset, duration and prevalence of Post-natal depression: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8353695>. (Visitado el 5/11/15)
19. Tejerizo, C., Teijelo, A., & al., G. L. (2000). Psicosis postparto. Clínica de Investigación ginecología-obstetricia , XXVII (10).
20. Rojas, E. (2006). Adiós depresión. En busca de la felicidad razonable (1 Edición ed.). Madrid: Ediciones temas de hoy, S.A.
21. Miller, L. (13 de Febrero de 2002). Jama, de Postpartum Depression. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=194624> (visitado el 10 de Agosto de 2012)
22. Blabey, M., & Locke, E. E. (9 de Agosto de 2009). American Journal of Obstetrics & Gynecology Experience of a controlling or threatening partner among mothers with persistent symptoms of depression: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(09\)00411-6/abstract](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(09)00411-6/abstract) (vicitado el 03 de diciembre de 2015)
23. Arbat, A., & Danés, I. (2003). Depresión posparto. Medicina Clinica , CXXI (17).
24. Castroviejo, S. (Octubre de 1993). Prevencion de los trastornos psicicos del puerperio y de su repercusion sobre las funciones maternas. Sepypna .
25. Esqueda Ortiz, María Cecilia. Cuidados de enfermería en el puerperio. Páginas 25-70. México DF 2009.
26. Montañés, M., Bartolomé, R., Montañés, J., & Parra, M. (2008). Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes. Ensayos
27. Carlos, S. (2003). Características psicosociales y satisfacción usuaria de las consultantes al centro de medicina reproductiva del adolescente (CEMERA). Universidad de Chile.

28. Suarez, M. E. (2006). Disfunción Familiar: Archivos de medicina familiar y general (3 Edición ed.). Cuba: Mediterraneo.
29. Ramirez, A Buenas tareas. Disponible en:
<http://www.buenastareas.com/ensayos/Test/4211850.html>. (Visitado el 08/12/15).
30. Alegre, Y., & Suarez, M. (2006). Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. RAMPA .
31. Cifuentes, R. (2007). Obstetricia de Alto Riesgo (6° ed.).
32. Vidal, G., & Cols. (1996). Psiquiatria.
33. Papalia, D., & cols. (2010). Desarrollo Humano (11 Edición ed.). Mexico: Mc Graw Hill.
34. Farmacia Rodes. (13 de Agosto de 2012). Disponible en:
<http://farmarodes.wordpress.com/2012/08/13/ayuda-profesional-y-apoyo-familiar-vitales-en-la-depresion-postparto-para-la-madre-y-para-el-bebe/>. (Visitado el: 23/11/15)
35. Branden, N. (1998). Los seis pilares de la autoestima. España
36. Instituto Nacional de Perinatología. (2008). Psicología de la reproducción humana. Mexico.
37. Asociacion Panamericana de Psiquiatria. (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Cuarta edición ed.). Masson S.A.
38. Organización Panamericana de la Salud. (1993). Género, Mujer y Salud en las Américas.
39. García, M. (s.f.). Fluvium. Disponible en:
<http://www.fluvium.org/textos/familia/fam317.htm>. (visitado el 23/11/15)
40. Cockerham, W. (2002). Sociología de la medicina (8 Edición ed.). Madrid: Prentice Hall.
41. Bastante V. et all. AMIR Medicina. Estadística y Epidemiología. pp: 317-326. Editorial: Marban. España 2012.
42. Dois A. Actualizaciones en Depresión Posparto. Rev Cub Obstet Ginecol [Internet] 2012; 38(4): 576-586. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2012000400016&script=sci_arttext
Acceso: 20-05-2014

43. Santacruz F. y Serrano A. (Ecuador, 2015), Depresión posparto. Prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014
44. Carrillo Dávila. (México, 2013), Factores Asociados a Depresión Posparto en Mujeres que acuden al Hospital General de Ecatepec "Dr. José María Rodríguez, 2012.
45. Zauderer D. y Davis M. (Brasil, 2012)
46. Paiz V. (Guatemala, 2012), Estudio descriptivo sobre el riesgo de depresión posparto evaluado mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo en pacientes de 15 a 40 años ingresadas al servicio de maternidad del Hospital Regional de Zacapa durante el período comprendido entre el 10 de agosto al 14 de septiembre de 2012
47. Urdaneta, J.; Rivera, A.; García, J.; Guerra M.; Babel N. y Contreras, A. (Venezuela, 2010), Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo.
48. Vásquez J. y Sangama M. (Tarapoto, 2012), Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la clínica corpomedico tarapoto junio-setiembre 2012.
49. Paima P. y Vásquez J. (Lima, 2011), "Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión postparto en postcesareadas adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal
50. Toranzo, G. (2009). Efectos de un programa preventivo prenatal para la depresión puerperal en primigestas. Universidad San Martín de Porres .
51. Robertson E, Grace S. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry* 2004; 26: 289-295.
52. Boyce PM. Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations. *Arch Womens Ment Health* 2003; 6: 43-50.

ANEXOS

ANEXO N° 01

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted está invitada a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no debe conocer acerca de esta investigación que está diseñado para obtener información científica.

El objetivo de esta investigación es determinar los principales factores psicológicos y sociales que predisponen a la depresión en puérperas. En el estudio participarán las mujeres cuyo parto fue atendido en el Hospital Tito Villar Cabeza del distrito de Bambamarca.

La participación en el estudio es voluntaria, si no desea participar o en cualquier momento desea abandonar el estudio puede hacerlo, esta decisión de ninguna manera afectará la relación con los investigadores. Los formularios que se utilizaran en esta investigación, así como los registros que incluyan información relacionada al estudio, pueden ser copiados por el investigador, con el fin de asegurar la calidad de los datos y el análisis de la información.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el investigador. Por favor, tómese su tiempo para decir y pida explicaciones sobre cualquier palabra o información que no entienda al investigador.

Declaración de Consentimiento:

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Nombre

Firma

ANEXO N° 02

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

De manera muy especial y respetuosa pedimos a usted su colaboración para responder unas preguntas sobre violencia basada en género y depresión postparto, respondiendo en forma precisa y completa. La información que proporcione será confidencial y anónima.

1. Edad

- a. 10 a 15 años b. 16 a 20 años c. 21 a 25 años d. 26 a 30 años
e. 31 o más años

2. Ocupación:

- | | | | |
|---------------------------|-----|---------------------------------|-----|
| Ama de casa | () | Trabajadora dependiente estatal | () |
| Empleada del hogar | () | Trabajadora dependiente privada | () |
| Trabajadora independiente | () | Estudiante | () |

3. Zona de Residencia:

- Urbana () - Rural ()

4. Estado Civil:

- Soltera () -Casada () -Conviviente () -Viuda () -Divorciada ()

5. Grado de Instrucción:

- | | | | |
|-----------------------|-----|------------------------|-----|
| Sin instrucción | () | Secundaria completa | () |
| Primaria completa | () | Superior técnica | () |
| Primaria incompleta | () | Superior universitaria | () |
| Secundaria incompleta | () | | |

5. Paridad:

- Nulípara () -Primípara () -Multípara () -Gran multípara ()

6. Ingreso económico

- < de Sueldo Mínimo Vital () - > de Sueldo Mínimo Vital ()

7. Régimen de tenencia de vivienda

- | | | | |
|-----------|-----|------------|-----|
| Propia | () | Hipotecada | () |
| Alquilada | () | Familiar | () |

8. Violencia familiar

- Si () No ()

Tipo:

- | | | | |
|-----------------------|-----|---------------------|-----|
| Violencia física | () | Violencia sexual | () |
| Violencia psicológica | () | Violencia económica | () |

9. Antecedentes patológicos Obstétricos:

- SI ()

¿Cuál?.....

- NO ()

ANEXO N° 03

ESCALA DE APOYO FAMILIAR

Evalúe en qué medida Ud. está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las afirmaciones siguientes:

1. **Mis amigas o amigos me respetan**
 - a) Completamente en desacuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Parcialmente en desacuerdo
 - d) Completamente de acuerdo
2. **Mi familia se preocupa mucho por mí**
 - a) Completamente en desacuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Parcialmente en desacuerdo
 - d) Completamente de acuerdo
3. **Puedo confiar en mis amigas o amigos**
 - a) Completamente en desacuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Parcialmente en desacuerdo
 - d) Completamente de acuerdo
4. **Soy muy querida por mi familia**
 - a) Completamente en desacuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Parcialmente en desacuerdo
 - d) Completamente de acuerdo
5. **Mis amigas o amigos cuidan de mí**
 - a) Completamente en desacuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Parcialmente en desacuerdo
 - d) Completamente de acuerdo
6. **No puedo contar con mi familia para conseguir apoyo**
 - a) Completamente en desacuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Parcialmente en desacuerdo
 - d) Completamente de acuerdo
7. **Tengo un fuerte lazo afectivo con mis amigos/as**
 - a) Completamente en desacuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Parcialmente en desacuerdo
 - d) Completamente de acuerdo
8. **Mi familia me valora mucho**
 - a) Completamente en desacuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Parcialmente en desacuerdo
 - d) Completamente de acuerdo
9. **Me siento integrada en un grupo de personas**
 - a) Completamente en desacuerdo
 - b) Parcialmente de acuerdo
 - c) Parcialmente en desacuerdo
 - d) Completamente de acuerdo

ANEXO N° 04

ESCALA DE APOYO SOCIAL

En las siguientes preguntas, por favor marque la opción más adecuada a su caso:

1. **La discusión o problema que ha tenido en su trabajo o en su casa, durante un día, ¿A cuántas personas se las cuenta?**
 - () Ninguna
 - () Una a dos
 - () Dos o tres
 - () Cuatro o más
2. **Los favores como prestar alimentos, herramientas, libros, utensilios de casa, cuidarle los niños, etc. ¿A cuántas personas se los hace?**
 - () Ninguna
 - () Una a dos
 - () Dos o tres
 - () Cuatro o más
3. **Las amigas, amigos o miembros de su familia cercanos que le visitan en su casa, ¿Con qué frecuencia lo hacen?**
 - () Raramente
 - () Una vez al mes
 - () Varias veces al mes
 - () Una vez a la semana o más seguido
4. **Sus problemas más personales, ¿a cuántas amigas, amigos o familiares se los cuenta?**
 - () Ninguna
 - () Una a dos
 - () Dos o tres
 - () Cuatro o más
5. **El participar en grupos sociales u organizaciones religiosas, deportivas o de otro tipo, ¿Con qué frecuencia lo hace?**
 - () Raramente
 - () Una vez al mes
 - () Varias veces al mes
 - () Una vez a la semana o más seguido
6. **¿Tiene esposo o compañero?**
 - () No
 - () Varios compañeros distintos
 - () Un compañero permanente pero no vivo con él.
 - () Un compañero permanente y vivo con él

ANEXO N° 05

ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas me oprimen o agobian:

cosas

- a) Tanto como siempre he podido hacerlo
 - b) No tanto ahora
 - c) Sin duda, mucho menos ahora
 - d) No, en absoluto
- a) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas
 - b) Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera
 - c) No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien
 - d) No, he podido sobrellevarlas tan bien

2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:

- a) Tanto como siempre
- b) Algo menos de lo que solía hacerlo
- c) Definitivamente menos de lo que solía hacerlo
- d) Prácticamente nunca

7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, a veces
- c) No muy a menudo
- d) No, en absoluto

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, algunas veces
- c) No muy a menudo
- d) No, nunca

8. Me he sentido triste y desgraciada:

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) No muy a menudo
- d) No, en absoluto

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:

- a) No, en absoluto
- b) Casi nada
- c) Sí, a veces
- d) Sí, muy a menudo

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) Ocasionalmente
- d) No, nunca

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

- a) Sí, bastante
- b) Sí, a veces
- c) No, no mucho
- d) No, en absoluto

10. He pensado en hacerme daño:

- a) Sí, bastante a menudo
- b) A veces
- c) Casi nunca
- d) No, nunca

ANEXO N° 06

TEST DE AUTOESTIMA (COOPER SMITH)

| | SÍ | NO |
|---|----|----|
| Usualmente las cosas no me molestan | | |
| Me resulta difícil hablar en frente de un grupo | | |
| Hay muchas cosas de mi que cambiara si pudiese | | |
| Puedo tomar decisiones sin mayor dificultad | | |
| Soy muy divertido (a) | | |
| Me altero fácilmente en casa | | |
| Me toma mucho tiempo nuevo acostumbrarme a cualquier cosa nueva | | |
| Soy popular entre las personas de mi edad | | |
| Generalmente mi familia considera mis sentimientos | | |
| Me rindo fácilmente | | |
| Mi familia espera mucho de mi | | |
| Es bastante difícil ser "Yo mismo" | | |
| Me siento muchas veces confundido | | |
| La gente usualmente sigue mis ideas | | |
| Tengo una pobre opinión acerca de mí mismo | | |
| Hay muchas ocasiones que me gustaría ir de casa | | |
| Frecuentemente me siento descontento con mi trabajo | | |
| No estoy tan simpático con mucha gente | | |
| Si tengo algo que decir, usualmente lo digo | | |
| Mi familia me comprende | | |
| Muchas personas son más preferidas que yo | | |
| Frecuentemente siento como si mi familia me estuviera presionando | | |
| Frecuentemente me siento desalentado con lo que hago | | |
| Frecuentemente desearía ser otra persona | | |
| No soy digno de confianza | | |

ANEXO N° 07

TEST DE APGAR FAMILIAR

| | NUNCA | A VECES | SIEMPRE |
|--|-------|---------|---------|
| ¿Está satisfecha con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? | | | |
| ¿Discute con su pareja los problemas que tiene en el hogar? | | | |
| ¿Las decisiones importantes las toman en conjunto? | | | |
| ¿Está satisfecha con el tiempo que permanecen juntos? | | | |
| ¿Siente que su familia le quiere? | | | |

ANEXO N° 08

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (LISTA DE EXPERIENCIAS PREVIAS NEGATIVAS)

1) Hemorragia en la Primera Mitad del Embarazo

- Aborto.
- Embarazo Ectópico.

2) Hemorragia de la Segunda Mitad del Embarazo

- Hemorragia Intraparto y Postparto.
- Shock Hipovolémico Obstétrico.

1) Trastornos Hipertensivos en el Embarazo

- Sepsis en Obstetricia.
- Aborto Séptico.
- Rotura Prematura de Membranas (RPM).
- Corioamnionitis.
- Endometritis Puerperal.

3) Alteraciones del Trabajo de Parto

- Trabajo de Parto Prolongado.
- Incompatibilidad Feto Pélvica y Estrechez Pélvica.
- Parto Podálico.

4) Muerte Fetal